

Drogas ilícitas, vida recreativa y gestión de riesgos

Estudio-diagnóstico de necesidades de
intervención en prevención de riesgos en
ámbitos lúdico-festivos de la CAPV

Observatorio
VASCO
de drogodependencias

Droga-Menpekotasunen Euskal Behatokia



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ETXEBIZITZA ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA
Y ASUNTOS SOCIALES



ISBN 84-457-1949-1



9 788445 719497

P.V.P.: 6 €



Informe / Txostena

8

Drogas ilícitas, vida recreativa y gestión de riesgos

Estudio-diagnóstico de necesidades de
intervención en prevención de riesgos en
ámbitos lúdico-festivos de la CAPV

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ETXEBIZITZA ETA GIZARTE
GAJETAKO SAILA
Droga Gaietako Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA
Y ASUNTOS SOCIALES
Dirección de Drogodependencias

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2003

BARRIUSO ALONSO, Martín

Drogas ilícitas, vida recreativa y gestión de riesgos : estudio-diagnóstico de necesidades de intervención en prevención de riesgos en ámbitos lúdico-festivos de la CAPV / [autor, Martín Barriuso Alonso; documentación y colaboración, Sonia Bermejo Rivero].- 1ª ed. - Vitoria-Gasteiz : Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2003

p. ; cm. - (Informe = Txostena ; 8)

ISBN : 84-457-1949-1

1. Drogas-Consumo-Prevención - Euskadi. I. Bermejo Rivero, Sonia. II. Euskadi. Dirección de Drogodependencias. III. Título. IV. Serie.
364.272.043 (460.15)

OTROS TÍTULOS PUBLICADOS EN LA COLECCIÓN INFORME/TXOSTENA

1. Estudio referente a conceptos y terminología en reducción de la demanda
2. Las drogas de síntesis en Bizkaia: un estudio exploratorio
3. Sintesi-Drogak
4. Drogodependencias: reducción de daños y riesgos
5. Escuelas de padres y madres: propuestas de actuación
Guraso-eskolak: jarduera proposamenak
6. Cannabis: de la salud y del derecho. Acerca de los usos, normativas, estudios e iniciativas para su normalización
7. Los medios de comunicación social ante el fenómeno de las drogas: un análisis crítico

AUTOR: Martín Barriuso Alonso

DOCUMENTACIÓN Y COLABORACIÓN: Sonia Bermejo Rivero

Edición: 1ª. Abril 2003

Tirada: 1.000 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales

Internet: www.euskadi.net

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: E.P.S., S.L.
Hermínio Madinabeitia, 18 - Pab. 3 - 01006 Vitoria-Gasteiz

Impresión: Gráficas Santamaría, S.A.
Bekolarra, 4 - 010010 Vitoria-Gasteiz

ISBN: 84-457-1949-1

D.L.: VI-97/03

Índice

Índice

Índice

Agradecimientos	7
Introducción	8
I. El marco de actuación: consumo de drogas ilícitas en la Comunidad Autónoma del País Vasco	11
1.1. Consumo entre la población general.....	13
1.2. Consumo entre la población juvenil.....	16
1.2.1. El uso de cannabis.....	18
1.2.2. Los lugares de consumo.....	20
1.2.3. La percepción de los riesgos.....	21
2. Los riesgos asociados al consumo de drogas ilegales	25
2.1. Riesgos asociados al contexto recreativo.....	28
2.1.1. Los lugares de ocio: el escenario de consumo.....	28
2.1.2. Los desplazamientos.....	29
2.1.3. Las relaciones sexuales y el sexo seguro.....	31
2.2. Riesgos relacionados con el contexto legal.....	31
2.2.1. La persecución legal.....	31
2.2.2. La adulteración de sustancias ilícitas en la CAPV.....	32
2.2.2.1. Adulteración en muestras provenientes de decomisos.....	33
2.2.2.2. Adulteración en muestras provenientes de servicios de testado de sustancias.....	33
2.2.2.3. Implicaciones preventivas de los indicadores de adulteración.....	37
2.2.3. Sobre el acceso a la información.....	41
2.3. Riesgos individuales.....	41
2.3.1. Vida recreativa, nutrición y salud: Los cuidados anteriores y posteriores.....	41
2.3.2. Riesgos y género.....	42
2.4. Riesgos relacionados con la vía de consumo.....	43
2.4.1. Sustancias fumadas.....	43
2.4.2. Sustancias ingeridas.....	43
2.4.3. Sustancias esnifadas.....	43
2.4.4. Sustancias inyectadas.....	43
2.5. Riesgos asociados a la sustancia.....	44
2.5.1. Cannabis.....	44

2.5.2. Estimulantes	45
2.5.2.1. Anfetaminas	45
2.5.2.2. Cocaína	46
2.5.2.3. Éxtasis	46
2.5.3. LSD	47
2.5.4. Hongos psicocíclicos	48
2.5.5. Ketamina	48
2.5.6. El policonsumo	48
3. El marco teórico y normativo de la reducción de riesgos y daños en ámbitos lúdicos	51
3.1. Las nuevas formas de la prevención: del “problema de la droga” a la “gestión de riesgos”	53
3.1.1. Una nueva reducción de daños para una nueva época	53
3.1.2. Hacia el uso responsable y la gestión de riesgos	55
3.2. La prevención de riesgos en el marco de las políticas comunitarias, estatales y autonómicas	57
3.2.1. Plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004).	57
3.2.2. Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004).	59
3.2.3. Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)	60
3.2.4. Plan Trienal de Drogodependencias de la CAPV (1999-2001).	62
4. Intervenciones en reducción de riesgos en ámbitos de proximidad: los programas de testado de sustancias	67
4.1. Antecedentes en la Unión Europea	69
4.1.1. Inventario y revisión de las experiencias europeas	69
4.1.1.1. Objetivos de las intervenciones de testado de pastillas	70
4.1.1.2. Condiciones generales de los proyectos	72
4.1.1.3. Situación legal	74
4.1.1.4. Metodologías de intervención	75
4.1.1.5. Procedimientos analíticos	76
4.1.1.6. Evaluación	78
4.1.1.7. Conclusiones del informe del OEDT	79
4.1.2. Algunas experiencias europeas en detalle	80
4.1.2.1. Holanda	80
4.1.2.2. Gran Bretaña	81
4.1.2.3. Francia	82
4.1.2.4. España	82
4.1.3. Otras experiencias	83
4.2. Antecedentes en la CAPV y Navarra	84
5. Conclusiones	91
6. Bibliografía	101

Agradecimientos

Agradecimientos

Agradecimientos

A Xabier Arana e Iñaki Markez que, en calidad de expertos, han revisado el texto y contribuido a mejorarlo con sus sugerencias.

Al personal del Centro de Documentación de Drogodependencias que, con amabilidad y eficacia, ha facilitado enormemente la labor de documentación previa.

A nuestro compañero de Ai laket!! Iñaki Saldías, por ofrecerse a realizar los gráficos estadísticos que aparecen en el libro.

Y, sobre todo, a un montón de gente, mucha de ella anónima, que mediante sus demandas, críticas y sugerencias, han contribuido a avanzar en el terreno de la normalización de las drogas prohibidas, ampliar el campo de la prevención y la reducción de riesgos, y vencer la invisibilidad forzosa que las leyes prohibicionistas nos imponen a las personas usuarias. Y de entre todo ese conjunto de gente, destacan nuestros compañeros y compañeras de Kalamudia, Asociación de Estudio del Cannabis, sin cuya labor, tanto en el terreno reivindicativo como en el de la práctica pionera, habría sido difícil avanzar tanto en tan poco tiempo. Entre todos ellos, queremos recordar especialmente a nuestro compañero y amigo Roberto Eziolaza *Tximist*, a quien dedicamos este libro.

Introducción

Introducción

Introducción

Las políticas de control de drogas basadas en la prohibición de una parte de ellas comenzaron a aplicarse a escala mundial hace ya noventa años. Desde entonces, el objetivo de dichas políticas internacionales ha sido erradicar completamente los usos no médicos de estas sustancias. Los esfuerzos se han centrado en políticas represivas de base penal y, en menor medida, en programas preventivos dirigidos a fomentar la abstinencia total que, tras décadas de aplicación continuada e intensiva, han demostrado ser ineficaces y contraproducentes.

Hace tiempo que, ante la insuficiencia de las respuestas tradicionales al fenómeno, comenzaron a ponerse en marcha las llamadas políticas de reducción de riesgos y daños, enfoque basado en la asunción de la inevitabilidad del uso de drogas y en la pretensión de reducir al mínimo las consecuencias negativas del mismo. Sin embargo, estas políticas se han limitado a una parte pequeña del conjunto de usuarios, en especial consumidores por vía inyectada y/o dependientes de opiáceos, dejando de lado otro tipo de consumos, en especial el vinculado con el tiempo de ocio, que suponen el grueso del fenómeno.

En los últimos años, el afianzamiento de los programas de reducción de daños ha sido paralelo a la redefinición y ampliación de dicho concepto, coincidente a su vez con la aparición de nuevas formas de intervención. Sobre todo en Europa, pero también en otros países, se extiende la idea de que la reducción de daños y riesgos debe ser considerada como parte fundamental de la política preventiva, incluyendo en su campo de acción todas las sustancias y todos los patrones y contextos de consumo, todo ello en el marco de unas políticas coherentes y basadas en la idea de aprender a convivir con las drogas en lugar de intentar acabar con ellas.

La difusión de información objetiva, bien sea en formato impreso o en Internet, el fomento de formas de consumo menos dañinas y de hábitos más saludables, el análisis de sustancias in situ y la mejora de las condiciones de los locales de ocio han sido algunas de las iniciativas surgidas de esta nueva concepción en los últimos tiempos. Hasta el presente, este tipo de programas se han llevado adelante de forma más o

menos aislada y con un alcance bastante limitado, sin llegar a ser una política coherente, bien fundamentada y convenientemente evaluada.

El presente trabajo surge de un encargo realizado por la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco a la asociación Ai laket!! – Usuarios de drogas por la reducción de riesgos. Se trata, como reza el título, de la elaboración de un “estudio diagnóstico de necesidades de intervención en prevención de riesgos asociados con el consumo de drogas ilícitas en ámbitos lúdicos”. La pretensión es, por tanto, estudiar tanto la necesidad como la viabilidad de nuevas líneas de intervención, dirigidas a minimizar riesgos y daños asociados a sustancias y patrones de consumo hasta ahora dejados casi de lado.

Numerosos datos apuntaban como especialmente interesante la puesta en marcha de programas de intervención en espacios de proximidad, cuya actividad central sería el testado de sustancias y la asesoría personalizada in situ dirigidos a usuarios potenciales, dado que se trata de una línea de trabajo en pleno auge dentro de la Unión Europea y que ya existían experiencias positivas precedentes en la propia CAPV, en especial el programa Sintetik, que se desarrolló durante 2001 en discotecas de los tres Territorios Históricos.

Por tanto, se trataba de analizar las necesidades existentes y estudiar la idoneidad de intervenciones como la descrita, así como otras que se pudieran plantear desde una visión global del fenómeno del consumo de drogas y la minimización de los riesgos asociados al mismo. También era necesario describir las necesidades y prerrequisitos (organizativos, legales, etc.) para programas de este tipo, además de su incoordinación en las políticas de prevención y en las regulaciones legales vigentes.

Para ello, en el presente trabajo se pretende avanzar en la fundamentación y sistematización de este tipo de políticas, por medio de:

- Un somero repaso a la realidad del consumo de drogas ilícitas en la CAPV y un diagnóstico de las necesidades existentes actualmente en la misma en materia de prevención de riesgos relacionados con el uso de dichas sustancias en ámbitos lúdicos
- Una revisión del marco conceptual y normativo en el terreno de la reducción de riesgos y daños, con especial atención a los avances producidos en los últimos años.
- El análisis de experiencias anteriores de intervención preventiva sobre el terreno en diversos países y en la propia CAPV.

- Una serie de propuestas de actuación basadas en las conclusiones de los anteriores apartados.

Aunque el estudio no pretende ser exhaustivo, se ha realizado una amplia revisión bibliográfica y se ha procurado reflejar la visión de diversos agentes sociales vinculados con el fenómeno. El creciente interés que despiertan este tipo de programas ha tenido como consecuencia un mayor énfasis en la investigación en torno a los mismos y una mayor producción científica, lo que ha facilitado la tarea, pero sigue habiendo lagunas en el conocimiento de la realidad del consumo de drogas ilegales que dificultan el diseño de políticas eficaces, y sería conveniente aumentar los esfuerzos en esta dirección, dada la importancia de conocer exactamente las necesidades de los colectivos a los que se dirigen los esfuerzos preventivos, si queremos que estos sean realmente productivos.

En este sentido, las políticas de prevención de riesgos en ámbitos lúdicos ofrecen la oportunidad de obtener datos empíricos más cercanos a la realidad concreta de los diversos colectivos de personas usuarias, así como hacerles llegar mensajes preventivos que antes no les alcanzaban, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y favoreciendo, de paso, un debate más sereno sobre el fenómeno de las drogas ilícitas. Esperamos que esta modesta contribución ayude a aclarar el panorama y permita dar nuevos pasos con mayor firmeza en el camino de la convivencia con unas sustancias que nos acompañan desde la más lejana antigüedad y que, con toda seguridad, seguirán acompañándonos en el futuro.



Capítulo 1

Capítulo 1

Capítulo 1

El marco de actuación:
consumo de drogas ilícitas en
la Comunidad Autónoma del
País Vasco

El consumo de drogas ilícitas ha venido experimentando en la CAPV, igual que ha sucedido en el resto del estado español y de la Unión Europea, un progresivo incremento y extensión en los últimos años, especialmente entre los jóvenes, hasta el punto de que podemos hablar de un fenómeno plenamente arraigado y, en algunos casos, socialmente normalizado. A continuación se repasan las líneas generales de la realidad de dicho consumo, a fin de intentar aproximarnos luego al conocimiento de los riesgos y daños más habituales y, por tanto, cuáles han de ser las prioridades a la hora de actuar.

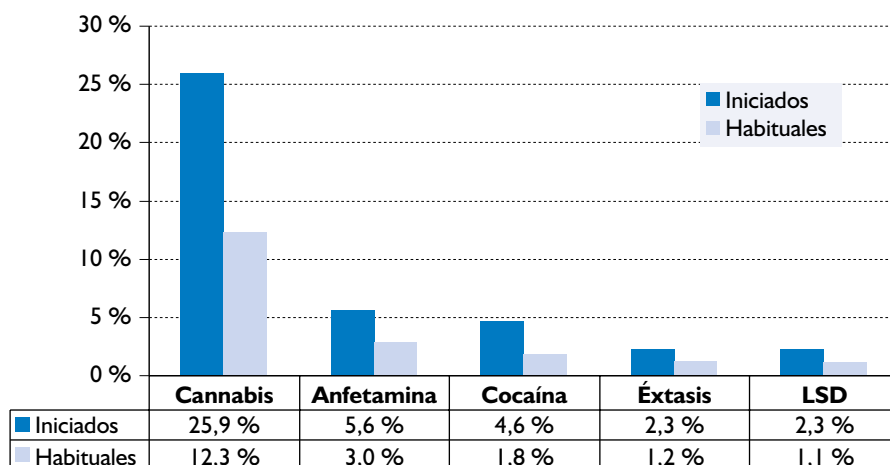
1.1. CONSUMO ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL

Más de la cuarta parte de la población de la CAPV ha consumido en alguna ocasión sustancias psicoactivas ilegales (Marañón, 2001), un porcentaje elevado si lo comparamos con el de los países que componen la Unión Europea. La droga ilícita más consumida es el cannabis, con un 25,9% de la población que manifiesta haberlo probado y un 12,3% que se declara usuario habitual. Hay una mayor proporción de hombres que de mujeres tanto entre quienes la han probado (tres hombres de cada diez frente a dos mujeres de diez) como entre los usuarios habituales (14,5% de hombres y 10% de mujeres). La edad de inicio es muy temprana, dado que el 45% de quienes han probado el cannabis lo hicieron antes de los 18 años, aunque el mayor porcentaje de iniciados se da entre los 25 y 34 años de edad. La gran mayoría del consumo de cannabis de la CAPV corresponde a hachís procedente del Magreb, con una creciente producción interna de marihuana, aún escasa, normalmente destinada al autoconsumo.

A bastante distancia le siguen el resto de sustancias ilícitas, entre las que destacan las anfetaminas o *speed*, que ha sido probadas por un 5,6% de la población y cuentan con un 2,9% de usuarios habituales. Se trata de un dato que coincide con la mayoría de la UE, pero que contrasta con la de los estados circundantes: En España, el porcentaje de personas que las ha probado es del 2,5%, menos de la mitad, y

en Francia de solo el 0,7%. Sin embargo, la tasa es comparativamente alta con respecto a Europa. Solo en el Reino Unido encontramos niveles de consumo superiores. La franja de edad en la que se da el mayor nivel de uso pasado es la que va de los 20 a los 24 años. El consumo es casi exclusivamente en forma de polvo y por vía nasal.

Consumo de las principales drogas ilícitas entre la población de la CAPV



Fuente: OVD, 2000

La tercera sustancia más utilizada es la cocaína, que ha sido probada por el 4,7% de la población y es consumida de manera habitual por el 1,8%. Se trata de una sustancia que ha experimentado un importante aumento en los últimos años, especialmente en su franja de uso festivo. También es en la franja de 20 a 24 años donde se da el mayor consumo, pero merece la pena destacar el hecho de que, exceptuando el cannabis, se trata de la droga ilícita de mayor aceptación en la franja de edad de 35 a 49 años. El consumo predominante es el esnifado, aunque existe un consumo fumado e inyectado, normalmente de mantenimiento, sobre todo entre personas que combinan este uso con el de opiáceos, generalmente por la misma vía.

En cuarto lugar encontramos a los estimulantes englobados bajo la denominación popular de *éxtasis*, es decir, MDMA y sustancias análogas, como MDA, MDEA, MBDB, etc. Se trata de sustancias casi desconocidas en la CAPV hace poco más de diez años y que han experimentado un aumento espectacular, habiendo sido proba-

das por un 2,3% de la población. A continuación viene el consumo de LSD, sustancia que ha sido consumida por un 2,3% de la población, con un porcentaje de usuarios habituales del 1,1%.

A bastante distancia de los anteriores se halla el consumo de heroína, que ha experimentado un fuerte descenso en los últimos años, hasta el punto de que la tasa de iniciación anual al consumo es de solo el 0,5 por mil, la más baja entre todas las drogas ilegales estudiadas. Se trata de un consumo de mantenimiento casi en su totalidad y presente en muy baja medida en los ámbitos recreativos, por lo que apenas nos ocuparemos del mismo en el presente trabajo.

Junto con las anteriores, existen sustancias que están experimentando un auge importante, como es el caso de la ketamina, una sustancia alucinógena legal que se deriva hacia el mercado negro y cuya presencia se detecta cada vez con mayor frecuencia e intensidad. En varias ocasiones y con frecuencia creciente, los usuarios han llevado muestras de ketamina a analizar a los servicios de testado, lo que indica un consumo más que incipiente. También en Navarra es cada vez mayor la presencia de esta sustancia, cuyo consumo ha sido detectado una y otra vez durante el desarrollo de estudios sobre drogas de síntesis (Plan Foral de Drogodependencias, 2001). Dado que se trata de una sustancia cuyo uso continuado podría provocar daños psíquicos, en algunos casos permanentes, parece que habrá que tenerla muy en cuenta a la hora de diseñar las intervenciones preventivas.

Otra sustancia que ha experimentado un auge importante son los hongos psicodélicos o *monguis*, bien sean recolectados en el monte o procedentes de autocultivo. Dado que se trata de una planta de baja toxicidad, y ante la ausencia de indicadores de uso problemático, no parece haber motivo de alarma. Su consumo se detecta con frecuencia en el marco de estudios dirigidos en principio a otras sustancias (Elzo et al., 2000a).

En general, existe un elevado policonsumo, del que la combinación alcohol-hachís-(tabaco) es el ejemplo más frecuente, pero también se dan otras, que incluyen diversas sustancias, especialmente estimulantes junto a alcohol y cannabis.

El consumo de drogas ilícitas es más elevado entre los hombres que entre las mujeres, tanto en proporción de iniciados como en frecuencia y dosis de consumo, presentando estas, además, unos comportamientos menos arriesgados y más autoprotectores. También suelen ser los hombres los mejor informados acerca de los lugares donde se pueden comprar drogas ilícitas.

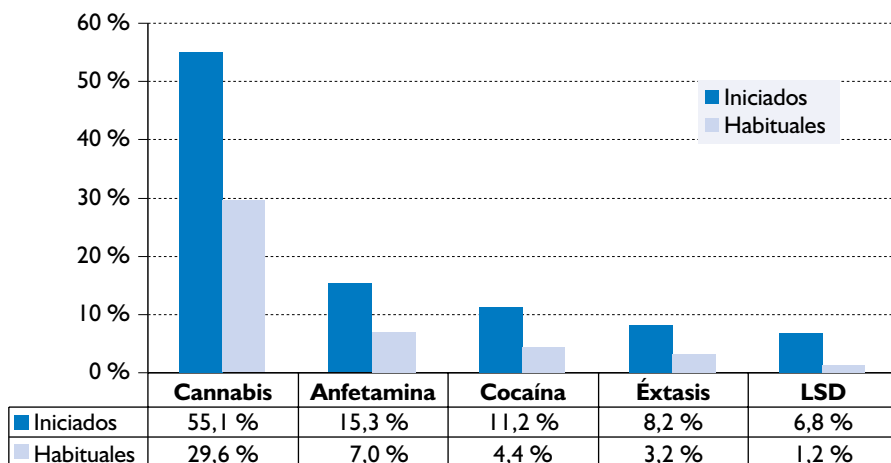
Apenas existe separación entre los diferentes ambientes de consumo, de manera que casi todas las sustancias conviven juntas en los mismos lugares. Tanto en las zonas de bares, como en las discotecas y en las fiestas populares, se encuentra el mismo abanico de sustancias, si acaso en proporción algo diferente. Con respecto al conocimiento que tienen las personas del entorno de los usuarios acerca de qué y cuánto consumen estos, los amigos son, con gran diferencia, los más informados, hasta el punto de que existe una correlación bastante certera entre lo que la gente cree que consumen sus amigos y lo que aparece luego en los estudios sobre prevalencia. Con ello se demuestra la gran importancia que tiene este canal a la hora de dar y recibir información sobre drogas, además de servir muchas veces para conseguir la propia sustancia, sobre todo en los primeros consumos.

1.2. CONSUMO ENTRE LA POBLACIÓN JUVENIL

La población juvenil ha venido siendo objeto de un interés especial a la hora de determinar los niveles de consumo de drogas ilícitas, debido tanto al mayor nivel de consumo que suele presentar con respecto a la población general, como a la imagen social que vincula estas edades con ese tipo de consumos. En el caso de la CAPV se han realizado diversos estudios, generalmente cuantitativos, para conocer esa realidad específica, de manera que disponemos de datos abundantes, si bien sigue habiendo importantes lagunas en este campo. De los diferentes indicadores se desprende que el uso de drogas ilícitas entre los jóvenes, especialmente el relacionado con el tiempo de ocio, se ha venido incrementando desde los años 80 en el caso de casi todas las sustancias.

Según los datos de la encuesta Gazteak 2001 (OVD, 2001), el estudio más reciente y completo de que disponemos en este momento, el cannabis es la sustancia ilícita más consumida entre los y las jóvenes vascos de entre 15 y 29 años de edad, siendo mayoría (55,1%) quienes la han probado y casi un tercio (29,6%) quienes se declaran consumidores habituales. Esto significa que un total de 182.248 jóvenes residentes en la CAPV habrían consumido en algún momento esta planta. El mayor índice de iniciación se da en la franja de entre 18 y 20 años de edad, con un 61,2% que dicen haber tomado hachís o marihuana en alguna ocasión. También hay que destacar que existe un porcentaje bastante elevado de jóvenes que se declaran ex-consumidores de esta planta, concretamente el 7,6%, porcentaje que se eleva hasta el 12,7% entre quienes tienen entre 25 y 29 años.

Consumo de las principales drogas ilícitas entre los/as jóvenes (15-29 años) de la CAPV



Fuente: OVD, 2001

La segunda sustancia ilícita más consumida, igual que sucede entre la población general, es la anfetamina o *speed*, en cuyo uso se ha iniciado un 15,3% de las personas jóvenes. Los y las consumidores/as habituales alcanzan la nada despreciable cifra del 7%. La mayor prevalencia de consumo se da en la franja de mayor edad, entre 25 y 29 años. Este hecho se repite en el caso de la cocaína, tercera sustancia más usada, que ha sido probada por un 11,2% de las personas encuestadas y que tiene un 4,4% de consumidores habituales.

A continuación nos encontramos con el *éxtasis*, la sustancia que ha experimentado el crecimiento más espectacular en sus tasas de consumo en los últimos años. La MDMA y sus análogos han sido probados por un 8,2% de la población juvenil y un 3,2% se declara usuario/a habitual. La última sustancia a la que se refiere el estudio, la dietilamida del ácido lisérgico o LSD, ha sido probada por un 6,8% de la población juvenil, con un 1,2% que dice utilizarla de manera habitual.

Entre la población juvenil se da, igual que en el conjunto de la población, una fuerte asimetría en el consumo de drogas ilícitas entre varones y mujeres. En el caso del cannabis la diferencia es menor, hasta el punto de que se puede hablar de una cierta feminización de este consumo, sobre todo en los grupos de menor edad, mientras que en el resto de drogas ilegales los chicos duplican y hasta triplican a las chicas que se han iniciado en el consumo.

También se dispone de bastante información cualitativa, especialmente en el caso del uso recreativo de algunas sustancias, como hachís y éxtasis (Elzo et al., 2000). De estos trabajos se desprende que la mayoría de jóvenes usuarios de drogas ilícitas no son en absoluto marginados sociales, dándose un consumo cada vez más normalizado e integrado dentro del tiempo de ocio, sobre todo en el caso del cannabis. Sin embargo, esta normalización es más una cuestión propia de los ambientes recreativos, sobre aquellos más propiamente juveniles, mientras que se mantiene con la sociedad adulta, como veremos poco más adelante en el caso del hachís, una relación mezcla de represión y tolerancia.

El policonsumo es una práctica común. La mezcla más habitual es la que incluye alcohol y hachís. A bastante distancia le sigue la mezcla que incluye anfetaminas junto con alcohol y/o hachís. A mayor consumo de alcohol suele corresponder un mayor consumo de drogas ilegales, sobre todo cannabis. El número de sustancias que se han probado y que, en ocasiones, pueden formar parte del cóctel psicoactivo, aumenta entre quienes han usado alguna droga ilícita distinta del cannabis.

También en el conjunto de la Unión Europea (Calafat et al., 1999) parece ser la mezcla de alcohol y cannabis la más común entre los jóvenes que utilizan drogas con fines recreativos, con un 50,6% de los jóvenes entrevistados dentro del estudio Sonar 98 que declaraban consumir esta mezcla. En el mismo estudio, alrededor de un 10%, en cada caso, decía mezclar alcohol y éxtasis, cannabis y éxtasis, y alcohol, cannabis y éxtasis. En el caso de los usuarios de éxtasis parece haber una especial propensión a las mezclas. El 92% de los consumidores vizcaínos estudiados (Elzo y Vielva, 1998) mezclaban la MDMA con otras sustancias, formando nada menos que ocho combinaciones psicoactivas diferentes.

También conviene señalar que se dan diferencias bastante importantes en cuanto a la prevalencia de consumo de drogas ilícitas entre unos territorios históricos y otros. Gipuzkoa destaca en este sentido, ya que el consumo de drogas ilegales parece ser mayor que en Álava y Bizkaia, con excepción del cannabis, donde la diferencia es escasa. Esta diferencia llega al doble o más en el caso de algunas sustancias, como alucinógenos, cocaína y, sobre todo, éxtasis.

1.2.1. El uso de cannabis

El hachís, la droga ilegal más usada, es también la más estudiada. Merece mencionarse especialmente el estudio de Comas (incluido en Elzo et al., 2000), donde se analiza con cierto detalle la realidad de los jóvenes usuarios de cannabis en Euskadi.

El uso de hachís se inicia en nuestro entorno en la adolescencia. La mayoría de consumidores habituales se iniciaron entre los 14 y los 16 años de edad. El primer consumo suele tener connotaciones de excepcionalidad, así como de cierta movilidad. El mismo suele producirse en ambientes festivos, normalmente las fiestas del propio pueblo –también del pueblo o barrio vecino– o celebraciones grupales, así como en períodos vacacionales. Otras personas, normalmente amigos, proporcionan la sustancia, cuyos efectos no suelen ser subrayados, lo que indica que, además de no ser demasiado intensos o notorios (probablemente debido, como veremos, a la baja psicoactividad del hachís disponible en el mercado negro), no suele haber expectativas previas demasiado claras acerca de los mismos. Más que un consumo de tipo instrumental, orientado a la consecución de un determinado efecto, parece tratarse de un uso en cierta medida iniciático, ya que se da casi siempre en entornos grupales (normalmente la cuadrilla de amigos) y con un carácter cohesivo.

Aunque la mayoría de jóvenes de la CAPV ha probado el cannabis y, a pesar de la progresiva normalización de la que hablábamos antes, lo cierto es que el consumo sigue estando estigmatizado, algo que se percibe en la desconfianza que suelen mostrar las personas entrevistadas en este tipo de estudios, como el citado de Comas. En el mismo se habla de gran nerviosismo entre los entrevistados, rechazo a la grabación de entrevistas y recelo ante la permanencia en un lugar público durante las mismas. Se señala además la gran diferencia que supone contactar con los usuarios directamente o a través de personas conocidas, así como la necesidad de ganarse la confianza de los mismos para lograr los resultados apetecidos. También hay un sector, menor que el anterior, que sustituye o acompaña este sentimiento de desconfianza con un cierto talante reivindicativo, además de una mayor implicación en la cultura que rodea a esta planta. Estas actitudes aparecen también entre los jóvenes consumidores de otros lugares (Calafat et al., 2000a).

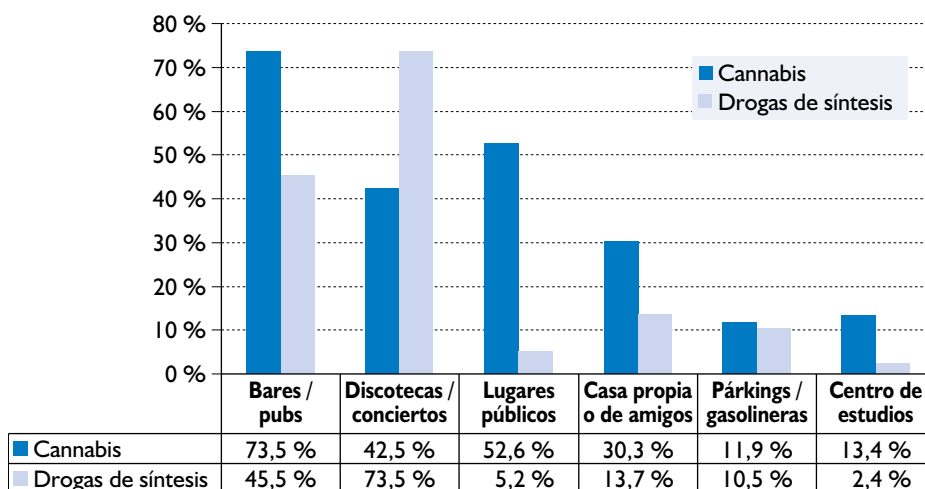
Esta desconfianza es fácil de entender si tenemos en cuenta que, en el estudio de Comas, de 100 usuarios habituales entrevistados, 11 habían sido cacheados o presenciado una redada, a 5 les habían puesto alguna multa por tenencia o consumo en lugares públicos y otros 7 tenían amigos que habían sido multados. Extrapolando estas cifras al conjunto de jóvenes usuarios de cannabis y a la vista del efecto de la aplicación de la Ley de Seguridad Ciudadana (Barriuso, 2001a), veremos que la represión directa contra el consumo es una realidad social de grandes dimensiones y que afecta a un número importante de personas. A lo anterior se añade la habitual presión del entorno familiar y laboral, con lo que se produce una situación peculiar, ya que este anonimato forzoso se mezcla con la creciente tolerancia social,

creando un escenario ambiguo, al borde de la ley y en equilibrio precario y cambiante.

1.2.2. Los lugares de consumo

Con respecto a los lugares y momentos elegidos para el consumo, especialmente en la primera ocasión en que se produce, disponemos de pocos datos, algo más abundantes en el caso del cannabis y, en menor medida, en el de las llamadas drogas de síntesis. Durante la realización del estudio no hemos encontrado datos para el resto de drogas ilegales.

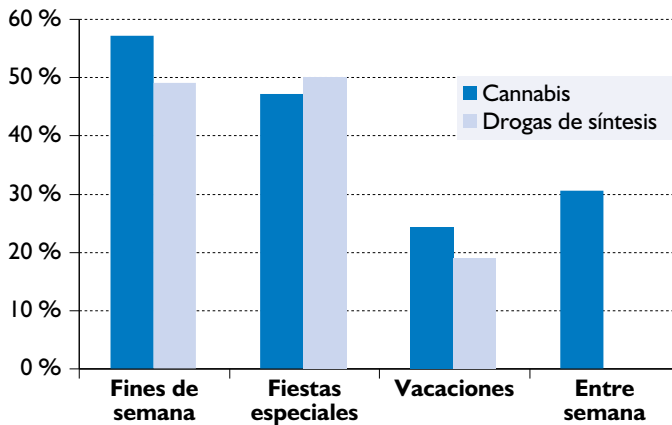
Lugares de consumo de cannabis y drogas de síntesis entre los/as jóvenes de la CAPV



Fuente: Elzo et al., 2000

Los pubs y bares son el lugar elegido con más frecuencia por las personas consumidoras de cannabis para fumar este producto, con un 73,5% que dice hacerlo. Le siguen los lugares públicos (52,6%) y las discotecas y conciertos (42,5%), seguidos de la casa propia o de amigos (30,3%). El hachís se consume sobre todo el fin de semana (56,3%), aunque una gran proporción de usuarios (46,3%) solo lo es en fiestas especiales. También hay un 30,6% que consume entre semana y un 24% que lo hace en vacaciones.

Momentos de consumo de las principales drogas ilícitas entre los/as jóvenes de la CAPV



Fuente: Elzo et al., 2000

La proporción entre bares/pubs y discotecas es inversa en el caso de las drogas de síntesis. Frente a un 73,5% que dice consumirlas en la discoteca, 45,5% elige los bares, seguido de las casas de amigos, que son el lugar elegido en el caso de tan solo un 13,7%. La mitad de quienes consumen eligen el fin de semana y otra mitad fiestas especiales, además de otro 18,5% que consume en vacaciones. Estos datos coinciden con los de Navarra (Plan Foral de Drogodependencias, 2001), donde el consumo se concentra también en el fin de semana y en fiestas especiales, entre las que destacan los Sanfermines, aunque las discotecas presentan niveles de consumo menores, más próximas a las de los bares, que se hallan a su vez en cotas similares a las de la CAPV.

1.2.3. La percepción de los riesgos.

Se sabe poco acerca de cómo perciben los y las jóvenes del País Vasco los riesgos asociados con el uso de las diferentes drogas. De nuevo, es el estudio arriba citado de Elzo et al., concretamente el apartado titulado “Drogas ilegales”, obra de I. Vielva, el que nos ofrece algunos datos significativos, si bien se limita, debido a las reducidas dimensiones de la muestra, a analizar la actitud de consumidores de hachís, anfetaminas y éxtasis, así como la de los no consumidores, hacia estas tres mismas sustancias.

En el caso del hachís, existe un corte muy claro entre quienes han consumido alguna de las tres drogas citadas y quienes no lo han hecho nunca. Entre los no consumidores, el uso de hachís se ve, casi en la mitad de los casos, como una actividad “bastante o muy arriesgada”, mientras que poco más de un 30% considera que tiene “alguna ventaja” o “bastantes o muchas ventajas”. De esta manera, la diferencia entre los que ven un riesgo elevado y los que ven ventajas es de 14,3 puntos a favor de los primeros.

Entre quienes han probado el hachís esta relación se invierte, de forma que la idea de que el consumo acarrea ventajas supera a la percepción de riesgo en un 15%. Este porcentaje se eleva significativamente entre los usuarios de éxtasis (36,9%) y, sobre todo, entre los de anfetaminas, colectivo en el que solo un 19% considera bastante o muy arriesgado el consumo, frente a casi dos tercios que encuentran alguna ventaja en el hecho de fumar porros, de manera que el diferencial se eleva hasta el 46,9%.

Cuando hablamos de los riesgos y ventajas asociados al uso de anfetaminas y MDMA es cuando se produce el segundo corte importante. Por un lado están los abstinentes y los usuarios de hachís, cuya percepción de los riesgos de *speed* y *éxtasis* son similares, de manera que la idea de riesgo supera a las posibles ventajas entre 70 y 80 puntos. En cambio, quienes han probado estas dos sustancias, aunque también coinciden a la hora de considerar que los riesgos superan a las ventajas, tienen una percepción de riesgo mucho menor. Aún así, esta percepción es muy elevada, algo que llama la atención en personas que, a pesar de todo, mantienen un comportamiento que consideran más peligroso que beneficioso. Por ejemplo, el 76,8% de los jóvenes usuarios de éxtasis encuestados considera el consumo bastante o muy arriesgado, mientras que el 57,5% considera que no le aporta ninguna ventaja. Algo parecido afirman los jóvenes usuarios de anfetaminas acerca de su consumo, aunque los que encuentran alguna ventaja son un porcentaje algo mayor.

Si estos datos reflejan la realidad del conjunto de jóvenes consumidores de drogas ilícitas, deberíamos concluir que, mientras que el cannabis, sustancia en proceso de normalización social y percibido como poco arriesgado por parte de los jóvenes, se consume por las ventajas que se considera que aporta su consumo, tengan que ver o no con sus efectos, las anfetaminas y la MDMA, al contrario, cuentan con un porcentaje importante de consumidores para los que el propio hecho de asumir cierto riesgo supone una gratificación que va más allá de las ventajas del propio producto consumido.

Este hecho coincide en gran medida con los resultados de los estudios realizados en el conjunto de la Unión Europea, como el proyecto Sonar (Calafat et al., 1998; Calafat et al., 2001). Parece que, junto con un grupo mayoritario que sí está preocupado por reducir los riesgos que asume, existe una minoría para la que parece que el riesgo es un factor de atracción, más que de repulsión. Por ejemplo, al preguntar a 800 jóvenes europeos, usuarios ocasionales o regulares de éxtasis, acerca de su actitud ante la falta de conocimiento sobre la composición de las pastillas: El 21% dice que no se toma una pastilla si no está seguro de la composición; el 57% dice que prefiere conocer la composición, pero si no es posible averiguarla, las consumirá de todas maneras; y un 22% dice que no considera importante la composición de las pastillas.

Es de suponer que si una parte tan importante de los usuarios adopta tal actitud de despreocupación es debido a dos motivos: De una parte, la consideración de la sustancia consumida como poco peligrosa, y de otra, la creencia de que los posibles adulterantes, en todo caso, serán sustancias de bajo riesgo. En este sentido, el aporte de información veraz y creíble, de fácil acceso para las personas consumidoras, acerca de los riesgos asociados al consumo, así como la posibilidad de analizar las sustancias que van a consumir, sería de gran ayuda tanto para el grupo mayoritario, que está corriendo riesgos que evitaría si pudiera, como para el minoritario, de actitudes más “antipreventivas”, pero que no por ello dejaría de reaccionar ante una advertencia bien fundada.

Por otra parte, en los estudios citados encontramos otro dato que creemos puede ser importante para las labores preventivas: la convivencia, dentro de los mismos grupos de amigos, de usuarios y no usuarios. En Palma de Mallorca, por ejemplo, el 90% de usuarios de éxtasis tiene amigos no usuarios en su cuadrilla. Es más, un 55,1% de los jóvenes consumidores forma parte de grupos en los que los no consumidores son mayoría. Este sector de no usuarios, cuya percepción de riesgos suele ser mayor, podría ser uno de los canales por los que los mensajes preventivos podrían llegar mejor a quienes sí optan por consumir.



Capítulo 2

Capítulo 2

Capítulo 2

Los riesgos asociados al
consumo de drogas ilegales

El objeto del siguiente apartado es describir someramente, en una visión sectorial, los diversos riesgos que aparecen asociados con el uso recreativo de sustancias ilícitas en nuestra sociedad. Pasaremos de los riesgos más generales a los particulares, siguiendo una clasificación que se basa en parte en la conocida división en contexto, individuo y sustancia de Zinberg (1984) y en parte en la de Newcombe (1995). Algunos riesgos serán mencionados en más de un apartado, dada la concurrencia de factores diversos para su aparición. Unos se analizarán en profundidad y otros, dada su tangencialidad, se mencionarán de pasada. La descripción no pretende ser exhaustiva, dada la enorme complejidad del fenómeno y la gran cantidad de factores que intervienen a la hora de aumentar o reducir los riesgos, así como la falta de datos rigurosos en muchos apartados importantes.

En este sentido, creemos que sería del máximo interés que, igual que se procede a la evaluación de riesgos laborales de las diversas actividades y lugares de trabajo, debería llevarse a cabo lo que se podría denominar “evaluación de riesgos recreacionales”, donde expertos en evaluación de riesgos determinarían los principales puntos negros asociados con la vida nocturna y el uso recreativo de drogas. No hay que olvidar que muchas personas, sobre todo jóvenes, dedican al ocio, a la fiesta, períodos de tiempo más prolongados que una jornada de trabajo, realizan esfuerzos físicos comparables a muchos trabajos intensos, y sufren enfermedades, accidentes e intoxicaciones de características similares a las que aparecen en el entorno laboral (Reynolds, 1999; Barriuso, 2001b). El conocimiento exhaustivo de tales factores queda muy lejos de las pretensiones y posibilidades de este trabajo, pero entendemos que es precisamente el conocimiento detallado de los riesgos una de las necesidades actualmente existentes en materia de prevención.

También se debe señalar el enorme déficit democrático que representan las políticas de prohibición, puesto que, reprimiendo a los mismos ciudadanos a los que dicen proteger, los fuerzan al silencio e impiden que se expresen con voz propia y den su visión de los problemas que les afectan y de cómo valoran las medidas que se vienen adoptando hasta el momento. Creemos que ninguna política de drogas podrá

considerarse completamente democrática mientras no se resuelva esta cuestión, dado que, como veremos a continuación, las políticas prohibicionistas suponen un claro incremento de los riesgos y daños.

2.1. RIESGOS ASOCIADOS AL CONTEXTO RECREATIVO

2.1.1. Los lugares de ocio: el escenario de consumo

Hace ya tiempo que las características de los locales de ocio vienen siendo objeto de interés, no solo desde el punto de vista de la seguridad de los mismos (aforo, evacuabilidad, etc.), algo que queda fuera del campo de este estudio, sino más bien en lo relacionado con la habitabilidad. Este es un aspecto especialmente relevante si se combina con las exigencias que trae implícitas el uso de determinadas drogas, como es el caso de la MDMA. Es por ello que esta cuestión ha sido desde hace años objeto de análisis, así como de campañas para la mejora de las condiciones de los locales (Newcombe, 1994).

Los principales factores generadores de riesgo que podemos encontrar en los locales de ocio, especialmente en los grandes espacios como discotecas y salas de conciertos, serían: Falta de agua potable en los servicios, temperatura elevada y mala ventilación, tres factores decisivos para prevenir la deshidratación, así como la posibilidad de hipertermias malignas asociadas con el uso de MDMA; carencia de zonas de descanso, que obliga a permanecer largas horas de pie y produce agotamiento, deteriorando el estado de salud general de los asistentes; y exceso de volumen de la música, que puede llegar a provocar hipoacusia o pérdida de audición, a veces permanente¹. Garantizar la habitabilidad de los locales, por tanto, es una importante medida preventiva que no debe descuidarse en el futuro, donde es previsible que continúe la expansión de este tipo de locales. Se debe concienciar a los responsables y personal de estos locales acerca de la importancia sanitaria de estas cuestiones, más allá de lo dispuesto en la normativa vigente.

Por otra parte, la presencia de gran número de personas, la aglomeración, el uso y, especialmente, la mezcla de diversas drogas, a veces conteniendo adulterantes peligrosos, así como alguno o varios de los factores anteriores, pueden provocar urgencias sanitarias, como así sucede. Parece, por tanto, conveniente no solo disponer

¹ Merece la pena dejar constancia de la existencia de un colectivo en Estados Unidos, H.E.A.R. (www.hearnet.com) dedicado a la reducción de riesgos asociados con la música alta. Se dedican a proporcionar consejos y cuidados auditivos para *rockers* y *ravers*.

de personal sanitario específicamente preparado para este tipo de contingencias, sino también dotar de formación básica al personal de los locales de ocio, con especial énfasis en los de gran aforo.

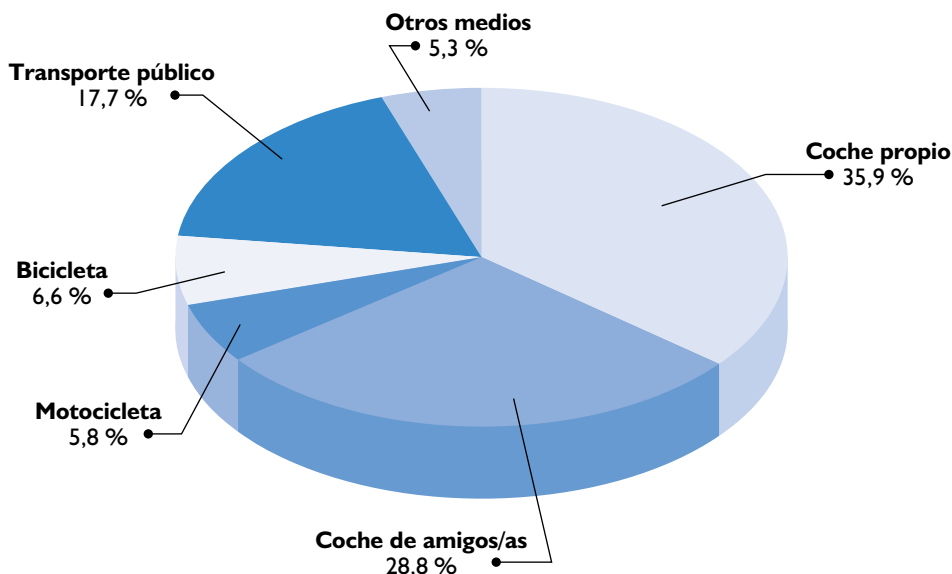
2.1.2. Los desplazamientos

En la CAPV, la actual normativa sobre horarios de los locales de hostelería, así como las normas municipales sobre apertura de este tipo de locales ha hecho que una proporción importante de los locales de ocio, en los que se da una gran parte del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, se halle concentrada en determinadas zonas de las ciudades o fuera de las mismas, por lo que se hace necesaria la utilización de medios de transporte. Entre los jóvenes de ciudades europeas estudiadas dentro del proyecto Sonar (Calafat et al., 2001), casi dos tercios se desplaza en su propio coche o en el de amigos para salir de fiesta, a los que hay que añadir otro 6% que usa la motocicleta, porcentaje que se incrementa en los países más al sur de la Unión Europea.

Ello conlleva numerosos desplazamientos todos los fines de semana, muchas veces de decenas y hasta de cientos de kilómetros, con el riesgo añadido de la noche y del consumo de sustancias psicoactivas. Este riesgo continuado acaba teniendo un coste elevado en vidas humanas. Los accidentes de tráfico, la mayoría de ellos durante el fin de semana, son la primera causa de muerte entre los varones de entre 15 y 34 años y de mujeres de 25 a 34 años, según la estadística de defunciones de la CAPV (Eustat, 2000). Gran parte de ellos están relacionados con el consumo de drogas, sobre todo alcohol, a pesar de las numerosas campañas informativas llevadas a cabo. Aunque se trata de un riesgo más debido a la propia naturaleza del transporte terrestre que a la de las drogas, no por ello debe dejarse de lado esta cuestión, ya que provoca más muertes que las drogas ilícitas y no genera ni una mínima parte de la alarma social que generan estas.

Consideramos necesario evaluar seriamente el impacto del transporte en el cómputo total de riesgos vinculados con la diversión de fin de semana, proponiendo los cambios que sean necesarios en los criterios de ubicación de los locales, desincentivación del transporte privado, en especial el coche, oferta alternativa de medios de transporte públicos en función de la demanda, campañas para concienciar a los conductores y acompañantes acerca de los peligros de la conducción bajo los efectos de drogas, y, finalmente, proporcionar medios para controlar la propia capacidad para la conducción. En este sentido, el alcoholímetro es un instrumento que no debería

Medio de transporte utilizado por los jóvenes europeos que salen de marcha los fines de semana



Fuente: Sonar 98

faltar en las intervenciones preventivas sobre el terreno, a fin de alertar a los usuarios de alcohol acerca del peligro que corren e intentar evitar que salgan a la carretera en malas condiciones, adelantándose de esta manera a los habituales dispositivos preventivos de las fuerzas policiales, que solo pueden actuar cuando los potenciales infractores se hallan ya en la carretera.

Otro aspecto relacionado con la movilidad que habrá que tener cada vez más en cuenta, es el carácter cada vez más interurbano y transfronterizo del ocio en el seno de la Unión Europea. En el caso de la CAPV, el área de influencia en el terreno recreativo parece abarcar el triángulo Santander-Burdeos-Zaragoza, aunque puede ampliarse mucho en el caso de ciertos eventos puntuales, como conciertos, fiestas patronales o festivales masivos.

Esto, además de un mayor número de entornos multilingües (algo muy a tener en cuenta a la hora de diseñar intervenciones preventivas sobre el terreno en ciertas zonas) y la convivencia estrecha entre diferentes culturas de consumo, con los problemas (y, cómo no, beneficios) que esto puede provocar, conlleva la realización de largos desplazamientos en coche. Sería necesario conocer esta realidad con mayor detalle y fomentar las respuestas preventivas orientadas a marcos geográficos más amplios de lo que estábamos acostumbrados.

2.1.3. Las relaciones sexuales y el sexo seguro

No creemos necesario insistir en la necesidad de reducir al mínimo los riesgos derivados de las relaciones sexuales, como transmisión de enfermedades y embarazos no deseados. En los ambientes recreativos, en lugares fuera del entorno habitual, y bajo los efectos de sustancias que pueden alterar la percepción, hay mayores probabilidades de que se produzcan situaciones de riesgo, un hecho sobre el que las organizaciones de lucha contra el sida han alertado especialmente en los últimos tiempos. Por tanto, creemos que los dispositivos de prevención de riesgos deberían prever la inclusión entre sus recursos de preservativos e información sobre sexo seguro.

2.2. RIESGOS RELACIONADOS CON EL CONTEXTO LEGAL

La prohibición que pesa sobre las sustancias objeto de este trabajo marca decisivamente los riesgos a que se someten quienes deciden consumirlas y quienes se encuentran en su entorno inmediato. La producción y venta a través de circuitos ilegales, en ocasiones de carácter mafioso, la falta de control sanitario –que facilita la adulteración e impide al consumidor conocer la composición de lo que va a tomar–, la existencia de legislación sancionadora contra la tenencia y consumo, y la falta de información veraz y accesible acerca de las propiedades y peligros de las drogas, resultado de una política oscurantista que complementa la persecución legal, provocan la aparición de un gran número de riesgos añadidos para las personas usuarias. Las formas en que estos riesgos llegan a afectar a las personas consumidoras son muy diversas, y muchas no se han solido tener en cuenta a la hora de abordar las políticas de reducción de daños.

2.2.1. La persecución legal

La persecución contra las drogas ilícitas tiene en el derecho sancionador, penal y administrativo, sus dos pilares fundamentales. La consideración de la producción y venta de drogas como delito contra la salud pública conlleva una intensa actividad policial en torno al comercio de estas sustancias. Ello queda claramente reflejado en las 98.000 detenciones que por ese motivo se practicaron en España en el año 2000. Muchas de estas detenciones fueron de simples consumidores, a los que la ambigüedad y amplitud de algunas conductas castigadas por el Código Penal coloca en un permanente estado de inseguridad jurídica.

Pero, aunque es indudable que la legislación penal afecta también a los simples usuarios, es la legislación administrativa, en concreto la Ley Orgánica 1/92, sobre

Protección de la Seguridad Ciudadana, la que se dirige específicamente contra ellos. En el conjunto del estado español (Usó, 2000), entre 1992 y 1997, 241.141 personas fueron sancionadas con multas de entre 50.001 y un millón de pesetas por tenencia o consumo, en aplicación de la citada ley. Se calcula que estas sanciones suponen para el estado unos ingresos de alrededor de 18 millones de euros, que salen directamente de los bolsillos de las personas usuarias sancionadas, con el consiguiente quebranto económico.

Como estas sanciones pueden ser suspendidas sometiéndose a tratamiento de deshabituación, una gran parte de las demandas de asistencia por supuesta dependencia de drogas ilícitas, especialmente de cannabis, están provocadas artificialmente por la existencia de este tipo de sanciones (Martín, 1999). Aunque apenas se ha estudiado en detalle esta cuestión, en los pocos casos en que se ha averiguado de manera sistemática el motivo de la petición de tratamiento, como en la ciudad catalana de Reus (Sardá, 2001), se ha podido comprobar que, en el caso del cannabis, la mitad de las demandas se producen por imperativo legal, con el fin de eludir la multa.

No vamos a extendernos acerca del hecho de que la prohibición obliga a la invisibilidad forzosa, ya que nos hemos referido a ello en el apartado dedicado al uso juvenil de cannabis. Sin embargo, conviene recordar que la obligación de ocultarse se acentúa más en el caso de los usuarios de otras sustancias más estigmatizadas, y que esto puede comportar pérdida de autoestima, mayor ansiedad cuando se consume en lugares públicos, y otra serie de efectos más o menos sutiles pero que se acaban traduciendo en un deterioro de la calidad de vida de la persona consumidora. Es evidente que la única medida razonable es acabar con esta persecución legal, que tan contraproducentes resultados tiene, y esforzarse por mejorar y normalizar la imagen social de las personas usuarias de drogas, a fin de evitar su exclusión.

2.2.2. La adulteración de sustancias ilícitas en la CAPV

Debido a la situación de ilegalidad en que se encuentran y a la consiguiente falta de controles de calidad del producto, la adulteración de las drogas ilícitas es un fenómeno habitual y conocido ya desde que se pusieron en marcha las primeras políticas internacionales de fiscalización de drogas (Usó, 1996). De hecho, dadas las características farmacológicas de las sustancias más habituales y la enorme extensión del fenómeno de la adulteración, la misma se hallaría en el origen de una gran parte, si no la mayoría, de riesgos sanitarios a los que se enfrentan la mayoría de personas usuarias (Barriuso, 2001a).

2.2.2.1. Adulteración en muestras provenientes de decomisos

Existen muy pocos datos acerca del grado de pureza de las sustancias psicoactivas disponibles en el mercado ilícito de la CAPV, y menos aún en lo que se refiere a la presencia de adulterantes y la naturaleza de los mismos. Durante mucho tiempo, la única referencia han sido los escasos informes acerca de las sustancias incautadas por las Fuerzas de Seguridad del Estado (FSE) y posteriormente analizadas por los laboratorios de la Dirección de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, dependientes de las delegaciones y subdelegaciones del Gobierno. En el caso de la CAPV, la información más reciente a la que hemos tenido acceso corresponde a 1997. Se trata de los resultados de los análisis realizados en el laboratorio de la Subdelegación del Gobierno en Bizkaia, que analizó durante dicho año un total de 1976 decomisos y tomó 3475 muestras de diferentes drogas (OVD, 1999).

Estos análisis tienen como finalidad la obtención de pruebas para la iniciación de procedimientos sancionadores, fundamentalmente por vía penal, por lo que se limitan a determinar la presencia o no de principios activos sometidos a fiscalización y el porcentaje en el que se hallan los mismos, sin prestar atención a los adulterantes y su potencial peligro para la salud. De las drogas habitualmente utilizadas en los ámbitos recreativos, solo encontramos datos referentes a cocaína y sulfato de anfetamina, es decir, sustancias que habitualmente se comercializan en forma de polvo.

La cocaína incautada en 1997 por las FSE presentaba un grado de pureza variable (mayor, tal y como cabría esperar, en las incautaciones de cantidades importantes y menor en los decomisos correspondientes a la venta al detalle) y relativamente alto, dado que se encontraba en el 63% para las muestras menores a medio gramo y en el 69% cuando se encuentran entre medio y un gramo. El rango de pureza oscila entre el 47,5% y el 85,3%. Por su parte, la pureza del sulfato de anfetamina presenta un rango de variabilidad enorme, que oscila entre el 4,9% y el 37,1%, con una pureza media del 16% para las incautaciones inferiores al medio gramo, cifra que apenas se alcanza en las muestras conteniendo cantidades superiores. En cualquier caso, se trata de cifras que experimentan oscilaciones anuales, a veces muy acusadas.

2.2.2.2. Adulteración en muestras provenientes de servicios de testado de sustancias

Durante el verano de 2000, a lo largo del servicio de testado de sustancias que la asociación Kalamudia puso en marcha durante las fiestas de Bilbao y Vitoria/Gasteiz,

se recogieron un total de 78 muestras de diversas sustancias donadas por los propios usuarios del servicio (Kalamudia, 2000), que fueron remitidas a la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco para su posterior análisis. El motivo era la preocupación expresada por dicha asociación a la entonces secretaria de Drogodependencias, Kontxi Gabantxo, acerca de la presencia de numerosas muestras de hachís que, al ser quemadas, desprendían un humo negro, espeso y pegajoso, inhabitual hasta ese momento, que podía deberse a algún tipo de adulterante presente en las mismas. Dado que el 55% de las muestras de hachís llevadas a testar por los usuarios durante las fiestas de la Virgen Blanca de Vitoria/Gasteiz eran de este tipo, y ante el temor por las posibles repercusiones de su uso, la Secretaría de Drogodependencias se comprometió a enviar a analizar las muestras de todo tipo de sustancias que se considerara de interés, por lo que se comenzó su recolección sistemática. Sin embargo, dado que el servicio estaba a punto de finalizar, en Vitoria/Gasteiz solo se pudieron recoger 9 muestras (7 de ellas de hachís). Durante la Aste Nagusia de Bilbao se recogieron otras 69 muestras.

Mientras la Secretaría realizaba las gestiones para lograr que se analizaran las muestras, se decidió poner en marcha el programa Sintetik (Vicioso y Canales, 2001), en cuyo marco se aportaron 17 muestras más, recogidas en una discoteca. De esta manera, se pudo disponer de una muestra bastante amplia de sustancias en las mismas condiciones en las que se iban a consumir. Gracias a este hecho, este tipo de muestreo es más eficaz a la hora de saber qué es lo que se consume en la calle y cuál es el grado de adulteración real al que se enfrentan los potenciales usuarios.

Todas las muestras citadas fueron remitidas en julio de 2001 al Departamento de Química Orgánica-I de la UPV-EHU, para su estudio científico cualitativo y cuantitativo, con especial énfasis en la detección de adulterantes. Dicho departamento realizó una selección de 59 muestras, en base a las indicaciones de los resultados del testeo previo, y procedió a su análisis en el laboratorio, presentando sus conclusiones en un informe (Aizpurua, 2001) en el que se detallan las sustancias investigadas, métodos de análisis y resultados de los mismos. La distribución de las muestras según su naturaleza y origen fue como sigue:

1. Bilbao: 34 muestras (19 de hachís, 15 de otras drogas)
2. Vitoria/Gasteiz: 9 muestras (7 de hachís, 2 de otras drogas)
3. Sintetik: 17 muestras (otras drogas)

A continuación, resumimos y comentamos las conclusiones del estudio, ordenadas en función de la sustancia que el usuario creía que iba a consumir.

a) *Hachís*

De las recogidas en Aste Nagusia de Bilbao, se analizaron 19 muestras de hachís de diversa presentación (*huevo, placa, polen*) y apariencia. Las muestras provenían de al menos 9 localidades distintas de Bizkaia, Gipuzkoa y Navarra. En Vitoria/Gasteiz, las muestras analizadas fueron 7, de origen desconocido.

El análisis parece haber aclarado, aunque de manera no del todo concluyente, el origen del humo negro. Al parecer, la causa no es la presencia de adulterantes combustibles peligrosos. Además de haberse buscado sistemática e infructuosamente la presencia de disolventes orgánicos en las partes solubles, las partes insolubles resultaron corresponder, sobre todo, a fibra de cáñamo, además de cantidades variables de calcita y arena, sustancias no volátiles que no pueden estar en el origen del humo. Al parecer, la causa de dicho humo negro es la presencia total de principios activos cannabinoides (THC + CBD + CBN) superior al 15%. Según afirma el autor, el catedrático de Química Orgánica Jesús M^a Aizpurua, “es preciso recordar que estas tres sustancias son compuestos aromáticos insaturados y que su combustión en estado puro produce grandes cantidades de hollín”.

En el caso de las muestras de Bilbao, se había procedido por parte de los miembros de Kalamudia a anotar en la hoja con los datos de las muestras el color del humo observado al quemar una porción, en una casilla añadida a tal efecto. Las tres muestras que llevaban la anotación de “humo muy negro”, resultaron tener los mayores porcentajes de cannabinoides, que superaban el 20%, con un máximo de 24,26%. Las muestras con humo blanco correspondían, en general, a las que poseían niveles más bajos de cannabinoides.

La riqueza en tetrahidrocannabinol (THC), principio psicoactivo más importante del cannabis, oscilaba enormemente, entre el 1,1% y el 13,8%. También había una importante presencia de cannabidiol (CBD), y cannabinol (CBN), los otros dos principales cannabinoides, con un porcentaje de 1,0 - 9,3% y 0,5 - 4,0%, respectivamente. Llama la atención la elevada presencia de CBD, que en muchos casos iguala y hasta supera a la de THC. Las plantas de cannabis de mayor potencia psicoactiva son las que poseen un elevado nivel de THC –la sustancia más activa de las tres– y carecen casi de CBD, sustancia que no posee psicoactividad y que, aunque no hay unanimidad al respecto entre los expertos, parece ejercer un efecto bloqueante con respecto al THC (Ramos y Fernández, 2000). Las plantas usadas con fines psicoactivos suelen tener una proporción THC-CBD de 10:1, mientras que en las destinadas a fibra dicha relación es de 1:2 (Clarke, 1981).

La revista *Cáñamo* publicó en el año 2000 un estudio realizado a partir de muestras de hachís procedente del mercado negro de diversos lugares del estado español, así como de marihuana de autocultivo (Redacción *Cáñamo*, 2000). Se utilizó un procedimiento analítico análogo al arriba citado y se procedió a calcular el índice de psicoactividad, consistente en sumar al porcentaje de THC el de CBN (también psicoactivo, aunque su efecto es menor y más sedante) y dividirlo por el de CBD [(THC+CBN) / CBD]. Se considera que el cannabis deja de tener utilidad como droga cuando el índice es inferior a 1, es decir, cuando el CBD supera a la suma de los otros dos principios activos. Resultó que las muestras de hachís comercial tenían índices medios de psicoactividad de 1,68 en el caso del adquirido como “de 1ª calidad” y solo 1,13 en el de “2ª calidad”. Para hacernos una idea, las marihuanas procedentes de autocultivo tenían índices de psicoactividad que oscilaban entre 4,05 y 44,34, con un valor medio de 29,57. Cuanto más elevado es el índice, menor es la cantidad que hay que fumar o ingerir para conseguir el mismo efecto.

Hemos hallado por el mismo procedimiento el índice de psicoactividad de las muestras analizadas en Euskadi. Cinco muestras tienen un índice inferior a 1 y, por tanto, se pueden considerar en la práctica como no psicoactivas. Solo dos muestras superan el índice 2, mientras que la media se encuentra en 1,45. Este dato nos indica una mala calidad de las plantas usadas como materia prima y una potencia baja en todas ellas.

b) *Anfetamina o speed*

Todas las muestras de speed, un total de diez, procedían de Bilbao. Contienen solamente entre un 3-27% de anfetamina, que se halla completamente ausente de tres de las muestras (30%). Todas menos dos (curiosamente, la más pobre y la más rica en anfetamina entre las que contienen dicho principio activo) contienen importantes cantidades de cafeína (21-83%), que normalmente supera a la de anfetamina. Los adulterantes usados son normalmente azúcares, sea manitol (8-69%) o lactosa (7-73%). Sin embargo, en una de las muestras (la identificada con el B64) aparecía un 25% de una sustancia insoluble en agua que no llegó a ser identificada. En otra, la B61, había cafeína, manitol y un 11,27% de paracetamol, un antiinflamatorio y antipirético de amplio uso y, afortunadamente, toxicidad muy baja. No se puede decir lo mismo de la tercera muestra, la B86, que resultó contener cafeína y un 13,78% de PMA (Parametoxianfetamina), un producto “inhabitual y particularmente peligroso, ya que su dosis mortal es solo 3 veces la dosis activa”.

c) *Cocaína*

Las muestras de cocaína, procedentes únicamente de Bilbao, aunque adquiridas en lugares diversos, se caracterizan por ser casi puras (>99%) o estar adulteradas únicamente con manitol en proporciones del 8 al 16%. Sin embargo, el resultado obtenido mediante el testador colorimétrico y el método de punto de fusión es muy distinto para las diferentes muestras, lo que pone en cuestión la fiabilidad de estos procedimientos analíticos.

Llama la atención la elevada pureza de la cocaína recogida, que supera con mucho la de los decomisos policiales antes citados, que suelen proceder de al menos un escalón más arriba en la cadena de producción, venta y consumo, lo que implicaría menor probabilidad de adulteración. Una posible explicación sería la aparición durante las semanas anteriores a la recogida de las muestras, a finales de julio de 2000, de numerosos paquetes de cocaína de gran pureza en las costas de Bizkaia y Gipuzkoa, procedentes probablemente de un alijo interceptado antes de llegar a la costa y que, al parecer, habrían sido puestos rápidamente en circulación aprovechando las fiestas. Por tanto, no se trataría de algo habitual.

d) *Éxtasis*

Las pastillas analizadas, procedentes de Vitoria/Gasteiz y la discoteca, contenían en casi todos los casos MDMA, en proporciones entre 19% y 56%. Entre los adulterantes se hallan la lactosa (10-30%) y el sulfato de calcio (yeso) (19-70%), sustancias sin peligro alguno. Una de las muestras contenía solo manitol y yeso y otra estaba compuesta tan solo por sal de cocina.

No se ha podido establecer la dosificación de las pastillas, ya que en la mayoría de los casos los usuarios solo aportaron para su análisis fragmentos de las mismas, de forma que no se pueden saber los contenidos totales. De todas maneras, la proporción 1:3 entre la pureza menor y la mayor indica un riesgo potencial de sobredosificación, dado que los efectos adversos de la MDMA empiezan a parecer enseguida en cuanto se supera cierta dosis.

2.2.2.3. *Implicaciones preventivas de los indicadores de adulteración*

De los datos hasta ahora expuestos, se pueden extraer, entre otras, las siguientes conclusiones:

a) *Hachís*

La consecuencia más importante de los datos que se han referido es el hecho de que a un contenido elevado en THC no le corresponde, como cabría esperar, una mayor psicoactividad. Como los niveles de CBD son tan altos, acaba por dar casi lo mismo cuál sea la muestra que se consuma, puesto que todas ellas producirán unos efectos más bien escasos. De esta manera, como hay que fumar casi la misma cantidad de todas ellas, a mayor nivel de cannabinoides –y, por tanto, a mayor cantidad de hollín– mayor es el riesgo para los pulmones. Se sabe que el humo del cannabis, como el de todos los vegetales, contiene una serie de sustancias irritantes y tóxicas, muy similares a las del tabaco (Iversen, 2001). Se les considera la causa de la irritación y obstrucción bronquial que sufren muchos usuarios habituales, pero también se sospecha desde hace tiempo del posible aumento del riesgo de sufrir cáncer de pulmón entre los usuarios de cannabis, debido precisamente a la fuerte presencia de alquitrán y hollín.

Existe una costumbre muy extendida de inhalar el humo de los porros más profundamente que los cigarrillos de tabaco y de retenerlo más tiempo en el interior de los pulmones, en un intento inútil por aumentar la absorción de THC. También es corriente tirar el filtro de acetato del cigarrillo que se mezcla con el hachís y reemplazarlo por una boquilla de tabaco (la llamada *boquilla mora*) o de cartón, en la creencia de que así pasará más fácil el principio activo. De esta manera, el hollín se introduce más fácilmente en los bronquios y el daño causado, en buena lógica, debería ser mayor. Sin embargo, parece necesario llevar a cabo alguna investigación más detallada acerca de los efectos a corto y largo plazo de esta presencia tan elevada de hollín. Tengamos en cuenta que más de la mitad del hachís testado en Vitoria/Gasteiz presentaba humo negro o muy negro, es decir, porcentajes elevados de cannabinoides. Dado el elevado número de usuarios habituales de cannabis que, como se ha visto en el anterior capítulo, hay en la CAPV y la temprana edad de inicio, podríamos hallarnos ante un serio problema sanitario a largo plazo.

Afortunadamente, la técnica que permitió detectar el humo negro, consistente en un ensayo de ignición a partir de un trozo fino y muy alargado de sustancia (conocida popularmente como “quemar la serpiente”), parece ser un instrumento fiable –además de barato– para detectar el hachís alto en cannabinoides y poder tomar medidas, tanto a la hora de su adquisición como de su consumo. Aún así, parece claro que un hachís de buena calidad, con un elevado contenido de THC, será siempre una fuente natural de productos irritantes y peligrosos, de manera que, en caso de con-

sumo, se deberían adoptar medidas de reducción de daños: Moderar el uso, utilizar filtros o pipas especiales anti-hollín e, incluso, cambiar la vía de administración, de fumada a ingerida. En los testados sobre el terreno debería comprobarse la composición del hachís mediante microscopio, que permite ver la proporción de materia vegetal presente, y realizarse la prueba de quemado a fin de advertir a los potenciales usuarios y permitir que, en lo sucesivo, la realicen por sí mismos y la transmitan a amigos y conocidos que consuman.

b) *Anfetamina*

Lo primero que llama la atención es la baja calidad del speed testado, lo que confirma las escasas expectativas de la mayoría de usuarios que aportaron esta sustancia, que estaban seguros de estar siendo engañados. La enorme variación en la cantidad de anfetamina (la muestra más rica presenta una concentración 9 veces superior a la más pobre) y de cafeína (con una proporción de 4:1) coincide con los resultados de los análisis de la Subdelegación del Gobierno antes citados y hace casi imposible para el usuario prever el efecto de la sustancia antes de consumirla, con riesgo de sobredosificación en algunos casos.

Pero lo más preocupante, sin duda, es la composición de las muestras de polvo que no contenían anfetamina. La presencia de PMA es un dato sin duda alarmante. La PMA/PMMA ha causado más de una decena de muertes entre usuarios que creían estar consumiendo MDMA en Estados Unidos, Dinamarca, Noruega, Alemania y Austria. La muerte se produjo a causa del incremento de la temperatura corporal y el subsecuente fallo multiorgánico (Kriener, 2001).

El policonsumo, común en nuestro entorno, y, en especial, la combinación de speed y éxtasis, favorece el agravamiento de los efectos, dado que la toxicidad acumulada de PMA y MDMA provoca los mismos síntomas de hipertermia y deshidratación. Tengamos en cuenta que casi el 90% de los jóvenes vascos que han consumido MDMA, han probado también el speed y, al revés, el 50% de los iniciados en el speed prueban el éxtasis (Elzo et. al., 2000). Además, en el conjunto del estado, un 26,8% de los consumidores de éxtasis combina ese consumo con el de speed (Gamella y Álvarez, 1999).

En otoño de 2000, es decir, poco después de recogerse la muestra de Bilbao, el programa suizo ChEck iT! detectó numerosas pastillas que contenían PMA y se dio de inmediato la voz de alarma a través de los locales recreativos y vía Internet. 24 horas más tarde la alarma ya se había difundido por toda Europa a través de las páginas

web de los más importantes organismos dedicados a la prevención, lo que da idea de la gravedad de la situación². Sin embargo, hasta ahora la PMA/PMMA aparecía asociada solo a la MDMA, probablemente debido a que las pastillas son la única sustancia sometida a programas de testado. De esta manera, el caso de Bilbao sería el primero en el que aparece en forma de polvo y vendido como *speed*. Esto es especialmente grave, ya que, a diferencia de lo que ocurre con las pastillas –que, como sabemos, tienen marcas y dimensiones características–, resulta casi imposible retirar del mercado una sustancia vendida en polvo y a granel, de manera que este tipo de emergencias pueden aparecer de nuevo sin previo aviso.

La aparición de sustancias que ya han causado muertes en otros lugares, como la PMA, pone sobre la mesa la necesidad de contar con un sistema de alerta temprana que permita conocer lo antes posible la presencia en el mercado de este tipo de sustancias, a fin de alertar a los posibles usuarios y evitar que se consuman. Los programas de testado de sustancias pueden ser una herramienta fundamental para lograr ese objetivo. Pero para ello es necesario asegurar la calidad y rapidez de los análisis que se realicen. Los testadores disponibles para usar sobre el terreno carecen de fiabilidad y solo son una orientación para encaminar o confirmar un análisis más exacto y completo.

En este sentido, creemos interesante señalar que, según ensayos realizados para comprobar la fiabilidad de los testadores colorimétricos (Winstock, Wolff y Ramsey, 2001), se ha comprobado que los mismos pueden reaccionar de la misma manera ante sustancias muy diversas y llevar a errores a la hora de determinar la sustancia presente en la muestra testada. Los autores coinciden en la necesidad de usar técnicas complementarias más fiables, entre las que destacan los cromatógrafos líquidos de alta presión, a los que nos referiremos en detalle, junto con el resto de técnicas analíticas, en el apartado 4, dedicado al testado de sustancias in situ.

Es necesario contar, como mínimo, con un laboratorio de apoyo, dotado de cromatógrafo, capaz de ofrecer resultados con agilidad, pues de lo contrario se corre el riesgo de no llegar a tiempo. De hecho, la opción más deseable sería contar con dispositivos de análisis de alta fiabilidad y transportables hasta los lugares de intervención,

² Mientras se acababa de redactar el presente estudio, la Unidad de Coordinación de Acción Conjunta del OEDT ha lanzado la alarma por la detección de pastillas de éxtasis, con el logotipo “Casper el fantasma”, conteniendo 36 mg/pastilla de PMA. Se calcula que hay entre 100.000 y 110.000 pastillas de este tipo circulando por la UE. En Suiza, la asociación Eve & Rave también ha encontrado pastillas, logotipo Ying-Yang, conteniendo MDMA y cantidades desconocidas de PMA.

combinados con un sistema de recogida sistemática de muestras del mercado negro, a fin de contar con una base de datos lo más amplia y actualizada posible.

2.2.3. Sobre el acceso a la información

Resulta difícil determinar exactamente cuáles son las consecuencias para la salud y la vida de las personas consumidoras que ha tenido la política de impedir el acceso a la información sobre drogas, aún vigente en gran medida. Como consecuencia de políticas que confiaban en la ignorancia como forma de control, muchos usuarios de drogas desconocen los efectos, consecuencias y riesgos reales de las sustancias que consumen. Ello provoca la exposición innecesaria a riesgos que se podrían evitar, como malas dosificaciones, mezclas peligrosas, etc. Creemos imprescindible seguir profundizando en la difusión de información objetiva, mediante formatos adecuados y preferiblemente en los propios entornos de consumo, a fin de contrarrestar el efecto dañino provocado por años de oscurantismo.

2.3. RIESGOS INDIVIDUALES

2.3.1. Vida recreativa, nutrición y salud: Los cuidados anteriores y posteriores

La progresiva importancia que ha adquirido el tiempo de ocio en nuestra cultura, especialmente entre los jóvenes, ha acarreado un aumento tanto del tiempo como del dinero que se dedica a la diversión (Calafat et al., 2000b; Gamella y Álvarez, 1999). También ha aumentado paralelamente la energía que se dedica a las actividades del tiempo libre, entre las que la cultura festiva del fin de semana acapara la mayor parte. Los maratones de decenas de horas sin dormir, comiendo apenas, bailando sin cesar, consumiendo diversas sustancias, y bebiendo poca agua, agotan las energías del cuerpo y de la mente y hacen difícil el retorno a la normalidad, entorpeciendo estudios y trabajo (Reynolds, 1999).

En el terreno de la prevención, casi siempre centrada hasta ahora en la sustancia, existe un gran vacío que llenar en cuanto a la nutrición, el descanso, y otros aspectos básicos de la salud de las personas usuarias de drogas, es decir, la mejora de los cuidados que los propios consumidores se dispensan a sí mismos antes, durante y después del consumo. Muchos de los efectos agudos y de los problemas a largo plazo asociados con el uso de drogas tienen relación directa con estos factores, sobre los que se ha realizado una labor divulgativa bastante escasa.

2.3.2. Riesgos y género

Se ha estudiado muy poco lo referente al consumo de drogas y la influencia del género en el mismo. Aunque existen cada vez más datos sobre el consumo, que confirman importantes diferencias entre hombres y mujeres, con mayores dosis, frecuencia y tasas de consumo más elevadas en casi todas las sustancias ilícitas para los hombres frente a las mujeres, algo que se confirma tanto en el conjunto del estado español (Instituto de la mujer, 2000) como en la CAPV (OVD, 2000), no sucede igual con la cuestión específica del riesgo.

En el estado español, solo un trabajo de Nuria Romo (2001) se ocupa extensamente de la percepción y los mecanismos de protección frente al riesgo de un colectivo de mujeres consumidoras, concretamente de drogas de síntesis. Este grupo de mujeres se incorporó más activamente que generaciones precedentes en la cultura del baile y en el uso de drogas de síntesis. Sin embargo, estas mujeres han desarrollado formas de uso menos intensivas que las de los hombres y creado una serie de estrategias destinadas a controlar los riesgos del consumo.

Sin embargo, también aparece una razón para el consumo que falta entre los hombres: adelgazar. La presión social hace que muchas chicas usen el efecto anoréxico del éxtasis, en lugar de percibirlo como un riesgo potencial. Aunque en algunos casos de adelgazamiento repentino se suele percibir el riesgo, no se establece ninguna estrategia de limitación del mismo, lo que llega a provocar pérdidas de peso espectaculares. También podría estar sucediendo algo similar con otros estimulantes, pero no hay datos al respecto. Otra cuestión sobre la que hay poca información es el efecto de la interacción de los anticonceptivos orales femeninos con las drogas de síntesis, así como con otras sustancias emergentes y poco conocidas aún.

Otro hecho a tener en cuenta es que el consumo de medicamentos en general y psicofármacos en particular es mayor entre las mujeres que entre los hombres, lo que puede favorecer que, en el caso de estas, se produzcan mezclas peligrosas. Tengamos en cuenta que, mientras que ningún varón vasco de entre 15 y 19 años dice haber tomado medicación alguna de manera continuada el mes antes a ser preguntado (Marañón, 2001), este porcentaje se eleva hasta el 15% entre las jóvenes. Entre los jóvenes de 20 a 24 años este porcentaje es del doble entre las mujeres que entre los varones. En cuanto al consumo de psicofármacos, más susceptibles de producir sinergias con las drogas ilícitas, en el caso de analgésicos y tranquilizantes la proporción de mujeres usuarias es casi del doble que de la de hombres, diferencia que se reduce sensiblemente en los antidepresivos.

2.4. RIESGOS RELACIONADOS CON LA VÍA DE CONSUMO

2.4.1. Sustancias fumadas

La única droga ilegal cuya forma de consumo habitual en los entornos recreativos es fumada es el cannabis. En nuestro entorno geográfico es raro que se fume éxtasis o cocaína y nunca sucede con otras sustancias. Aparte del hecho de que el efecto es más rápido por esta vía que mediante la ingestión, nos remitimos a lo dicho en los apartados sobre adulteración y cannabis.

2.4.2. Sustancias ingeridas

Las pastillas de éxtasis son la droga que más habitualmente se consume por vía oral, seguidas por el LSD y los hongos psicodélicos. La ingestión implica que una vez que los efectos se manifiesten será tarde para limitar la dosis. Por ello, existe mayor riesgo de sobredosificación cuando se trata de sustancias desconocidas o lotes nuevos. Se debe seguir insistiendo en el peligro que supone ingerir dosis grandes de una sola vez e intentar que arraigue la percepción de que, tanto por la existencia de lotes con concentración anormalmente alta de principio activo, como por la posible aparición sin previo aviso de adulterantes potencialmente peligrosos, las sustancias desconocidas entrañan un riesgo objetivo para la salud y deben ser consumidas, en cualquier caso, con gran precaución.

2.4.3. Sustancias esnifadas

El principal riesgo del uso de la vía nasal reside en la posible transmisión de infecciones al compartir los tubos o “rulos”, o al utilizar billetes usados con ese fin (ASUD, 1997). También resulta más difícil la dosificación en rayas, lo que aumenta la incertidumbre acerca de la dosis que se va a tomar. En cuanto a la posibilidad de adulteración o concentración elevada, valen las mismas recomendaciones que para la ingestión.

2.4.4. Sustancias inyectadas

La inyección es una vía de uso que apenas aparece en la actualidad entre los usuarios de drogas con fines lúdicos. Los riesgos son ampliamente conocidos y existen ya diversos dispositivos dirigidos a minimizarlos, por lo que no vamos a profundizar en este apartado.

2.5. RIESGOS ASOCIADOS A LA SUSTANCIA

2.5.1. Cannabis

A pesar de que el cannabis es una sustancia con un nivel de riesgo sanitario y social muy bajo (Iversen, 2001), tanto que se le puede considerar la droga de uso social más segura, ello no significa que su consumo carezca de riesgos. Dada la enorme masa de población que ha llegado a consumir esta planta en los últimos años, no conviene perder de vista estas potenciales fuentes de daño, sobre todo porque una buena parte de ese consumo llega a ser diario o casi, con lo que la probabilidad de aparición de problemas aumenta.

Hemos hablado del riesgo de afecciones pulmonares en el apartado dedicado a la posible adulteración del hachís, de manera que no vamos a repetir lo allí expuesto, que también tiene validez para la marihuana.

Existe otro riesgo, normalmente poco tenido en cuenta, asociado con el uso que habitualmente se hace del hachís. En efecto, esta resina de cáñamo suele mezclarse con grandes cantidades de tabaco, que puede representar más del 90% del porro que finalmente se consuma. Si se consume diariamente y, como consecuencia de la progresiva tolerancia hacia la sustancia, se va aumentando progresivamente el número de cigarrillos de esta mezcla que se consume, se puede llegar a sufrir dependencia, no ya hacia el cannabis que, de existir, sería más bien leve y asociada a largos años de consumo intenso, sino al tabaco del que mayoritariamente se compone. Esta especie de tabaquismo encubierto podría estar detrás de buena parte de las demandas de tratamiento de deshabituación de cannabis que se producen por propia iniciativa del usuario (Sardá, 2000). Por supuesto, los riesgos sanitarios de esta adicción son los mismos que los del tabaquismo ordinario.

Un problema, normalmente leve, que suele aparecer asociado esporádicamente al consumo de cannabis son los pequeños accidentes provocados por la bajada repentina de la tensión arterial, popularmente conocida como *blancón* o *pálida*, que suele verse favorecida por la combinación con alcohol. Se debería mejorar el conocimiento sobre las propiedades de la sustancia para evitar este tipo de accidentes, así como las crisis de pánico que se presentan en ciertos momentos en algunos consumidores concretos. En la medida en que el cannabis ha arraigado como droga de amplio uso social, el conocimiento de trucos y recetas preventivos y para el manejo de pequeñas emergencias deberían irse incorporando como elementos de general conocimiento en los ambientes festivos y lúdicos juveniles.

Tampoco debe perderse vista el efecto que el cannabis parece tener sobre la memoria a corto plazo y, por tanto, sobre los procesos de aprendizaje, lo cual puede ser bastante problemático en la adolescencia, cuando buena parte de los consumidores de esa edad son estudiantes a tiempo completo.

2.5.2. Estimulantes

Todos los estimulantes comparten una serie de características comunes que hacen que puedan ser tomados como una sola sustancia en varios aspectos. Los estimulantes más comunes en el mercado ilícito, cocaína, anfetaminas y MDMA, son capaces de generar un cierto grado de dependencia física si se persiste en su uso prolongado, más severa en el caso de la cocaína y mucho menor en el de la MDMA.

En 1999 (OVD, 2001), el 1% de las admisiones a tratamiento en la CAPV se debía al éxtasis, un 6,7% a las anfetaminas y un 21,8% a la cocaína, si bien un porcentaje importante de esta última corresponde a uso inyectado o fumado que apenas tiene que ver con los consumos recreativos, en los que domina la vía nasal. No obstante, estas cifras se elevan hasta el 2,1%, 11,2% y 37,8%, respectivamente, si contamos solo a quienes acudieron a tratamiento por primera vez, entre quienes predominarían, ahora sí, los usuarios provenientes de ambientes recreativos, de lo que es buena muestra un uso tres veces más frecuente de la vía esnifada entre los nuevos demandantes que entre los que ya se habían sometido a tratamiento. De esta manera, la adicción a los diversos estimulantes supone ya más de la mitad de las asistencias, lo que indicaría un fenómeno nuevo y preocupante, con la aparición de una población significativa que ha llegado a depender de sustancias que se comienzan a usar con fines lúdicos y carácter excepcional.

A ello debemos sumar otro de los efectos de los estimulantes, ya citado, como es la pérdida de apetito. Entre la falta de sensación de hambre que provocan estas sustancias y el intenso ejercicio físico que se realiza durante las horas de ocio, sobre todo cuando la diversión se centra en el baile, se puedan llegar a producir importantes pérdidas de peso, reducción de las reservas de diversos compuestos importantes para la salud y, consecuentemente, deterioro general de la salud física.

2.5.2.1. Anfetaminas

Podría decirse que los principales riesgos de la anfetamina o *speed* acaban de ser citados. Aún así, conviene hacer dos precisiones. Por una parte, no hay que olvidar que el uso abusivo de anfetaminas puede provocar diversos trastornos psicológicos.

Pero, al mismo tiempo, el hecho de que la mayor parte de la supuesta anfetamina que se vende en las calles vascas contenga, como hemos visto, más cafeína que anfetamina, hace que este y otros riesgos disminuyan en la práctica, al ser esta una sustancia de menor capacidad adictiva, si bien se mantienen los problemas derivados de su condición de estimulante y un nivel de toxicidad nada despreciable.

2.5.2.2. Cocaína

Además de los problemas derivados de su condición de estimulante, el uso prolongado de cocaína puede presentar otra serie de efectos secundarios indeseables, que se presentan con cierta frecuencia entre usuarios recreacionales, sobre todo los de mayor edad. Entre ellos se cuentan problemas cardíacos, respiratorios y neurológicos.

Desconocemos qué percepción tienen los usuarios de la CAPV de estos riesgos, pero sí parece haberse demostrado en otros lugares (Erickson, Watson y Weber, 1995; Grund, 1993) que incluso los usuarios de cocaína por vía inyectada con problemas graves de adicción desarrollan mecanismos de autocontrol en función de la percepción de riesgo y de una serie de indicadores acerca de su propio estado de salud. En consecuencia, parece que existe un amplio vacío preventivo en lo que se refiere a esta sustancia, a la que se suele dedicar menos atención que al éxtasis, pero que, como hemos visto, sigue teniendo un mayor nivel de consumo.

2.5.2.3. Éxtasis

El éxtasis o MDMA y sus análogos han sido objeto de una gran atención en lo tocante a sus propiedades y efectos secundarios. Tras un largo período en el que dominaba la imagen de una sustancia casi inofensiva, la literatura científica ha ido arrojando luz sobre algunos riesgos antes no demasiado tomados en cuenta (Gamella y Álvarez, 1997) entre los que hay varios tipos de reacciones agudas graves, en la mayoría de los casos debidos a predisposición del individuo, uso abusivo o uso regular intensivo. A estos hay que añadir una serie de efectos adversos más leves, tanto somáticos (boca seca, calor, insomnio, taquicardia, etc.) como neuropsiquiátricos (agobio, pérdida temporal de memoria, inquietud, etc.), que son sufridos con mayor o menor frecuencia por una gran parte —en algunos casos la mayoría— de personas usuarias.

Entre las reacciones agudas que se han descrito con más claridad se encuentra la hipertermia maligna o “golpe de calor”, debida al efecto que la MDMA tiene sobre los niveles de serotonina, responsables, entre otras cosas, de regular la temperatura

corporal (Eisner, 1995). Este efecto, más intenso al aumentar la dosis, puede agravarse por la ejercicio intenso, la deshidratación y otros factores ambientales, llevando a coagulopatías y, en ocasiones, insuficiencia renal aguda. En los casos más graves puede llevar a la muerte.

Aunque menos frecuentes, se han descrito otros dos tipos de reacción aguda a la MDMA: los accidentes cerebro-vasculares, estrechamente vinculados con la hipertermia y la coagulopatía, y la insuficiencia hepática aguda, que parece deberse a la suma de los factores anteriores y a la elevada hepatotoxicidad que parecen presentar ciertos metabolitos de MDMA.

También se han producido casos muy raros de hiponatremia, es decir, nivel bajo de sodio en el cuerpo, debido a la ingestión excesiva de agua. Normalmente se trata de personas que, advertidas del riesgo de deshidratación e hipertermia, consumen tales cantidades de agua que pueden, en algún caso, llegar a fallecer.

Por último, hay una serie de trastornos psicológicos, fundamentalmente depresión, ansiedad y brotes psicóticos, que están apareciendo con frecuencia cada vez mayor como consecuencia del uso intensivo continuado, sin dejar tiempo a reponer los niveles de serotonina, que pueden llegar a quedar afectados de forma duradera. Estos efectos acumulativos podrían pasar una factura muy elevada. Tengamos en cuenta que un 3,4% de los usuarios españoles de éxtasis lo ha tomado en más de 400 ocasiones, con otro 11,9% que ha tomado entre 100 y 399 veces (Gamella y Álvarez, 1999). Creemos que todos estos riesgos son insuficientemente conocidos por las personas usuarias, como lo demuestran estas cifras acerca del consumo acumulado, además de las dosis brutales que algunos jóvenes llegan a ingerir en una noche sin la más mínima conciencia de estar poniendo en peligro su salud.

2.5.3. LSD

El principal y casi único riesgo grave asociado con la LSD (Grinspoon y Bakalar, 1997) es el desencadenamiento de episodios psicóticos en personas predispuestas a ello, ante lo que solo cabe desaconsejar totalmente su uso a estas personas. Con respecto a episodios de crisis de ansiedad o pánico –los conocidos “malos viajes”–, la idoneidad del entorno, la compañía de personas de confianza, y las expectativas de los usuarios (marcadas en gran medida por la imagen social y la literatura de la época) parecen determinantes a la hora de que aparezcan o no. De hecho, a pesar de existir un consumo considerable, la LSD apenas parece estar relacionada con emergencias sanitarias.

2.5.4. Hongos psicocínicos

Apenas hay referencias a problemas asociados con el uso de estas setas, popularmente conocidas en Euskal Herria como *mongis* o *bongis*, como no sean esporádicas experiencias de malos viajes o pequeñas crisis de pánico, en general mucho más benignas que las de otros alucinógenos, así que ni siquiera se las suele mencionar en la literatura médica sobre drogas. La neurotoxicidad de la psilocibina, el principio activo, es muy baja, mientras que carecemos de datos acerca de la posible fisiotoxicidad de este vegetal. También existe el riesgo de ingerir especies de setas tóxicas por confusión con los *mongis*, máxime cuando su recolección, en algunas zonas montañosas vascas, se ha convertido en un fenómeno casi masivo que llega a movilizar a cientos o tal vez miles de jóvenes de entornos urbanos y poco habituados a la identificación de hongos.

2.5.5. Ketamina

Este anestésico disociativo, cuya popularidad va en aumento, suele utilizarse esnifado, en dosis que suelen estar bastante por debajo de las que se utilizan en la práctica clínica, de manera que es poco probable la sobredosis, aunque sí suele dar lugar a errores de dosificación debido a la falta de costumbre y a la confusión con otras sustancias en polvo. Debido a sus propiedades anestésicas, puede causar accidentes debido a la brusca pérdida del control corporal, lo que ha causado un buen número de ahogamientos (Rollo, S. y Samorini, G., 1999).

Dado que durante la fiesta la ketamina se suele consumir al final de la noche y que su efecto puede a veces prolongarse más de lo esperado, existe un riesgo potencial de uso asociado con la conducción de vehículos. También se han detectado problemas psicológicos, sobre todo pérdida de memoria o de la orientación, depresión y hasta ciertas formas de demencia, en casos de consumo continuado por períodos prolongados.

2.5.6. El policonsumo

Ya nos hemos referido al conocido fenómeno del policonsumo. Resulta evidente el riesgo que entraña la combinación de sustancias muy diversas entre sí, riesgo que se incrementa a medida que la mezcla incorpora nuevas drogas. No hay espacio para hacer un repaso de todas las posibles combinaciones, pero este será uno de los caballos de batalla a medida que, en el futuro, nuevas sustancias se vayan sumando al menú psicoactivo disponible por parte de los jóvenes, los más propensos a explorar

nuevas posibilidades. Es necesario incrementar la percepción de estos riesgos, llamando la atención sobre las mezclas más peligrosas y los efectos de las mismas, sean los ingredientes drogas recreativas o de uso médico, legales o ilegales.

Es este sentido, se debería tener especialmente en cuenta el consumo de medicamentos. El 43,9% de la población vasca (Marañón, 2001) dice haber consumido alguno de ellos el mes anterior al momento de formular la pregunta, con un nivel diez puntos superior entre los hombres que entre las mujeres. El consumo de psicofármacos, cuyos efectos pueden interactuar más fácilmente con las drogas psicoactivas ilegales, los niveles de consumo son lo bastante notables como para ser tenidos muy en cuenta. El 9,4% de la población de la CAPV consume de forma continuada algún analgésico, el 5,8% utiliza tranquilizantes y un 2,4% antidepresivos.



Capítulo 3

Capítulo 3

Capítulo 3

El marco teórico y normativo
de la reducción de riesgos y
daños en ámbitos lúdicos

3.1. LAS NUEVAS FORMAS DE LA PREVENCIÓN: DEL “PROBLEMA DE LA DROGA” A LA “GESTIÓN DE RIESGOS”

La preocupación en torno a las consecuencias del uso de determinadas drogas viene de lejos pero, en el caso del estado español, no es hasta finales de los años 60 cuando podemos hablar de la existencia de un “problema social” en torno al tráfico y consumo de drogas ilícitas (Usó, 1996). La construcción del “problema” se apoyó en la creación de una serie de estereotipos en torno a las figuras del drogadicto y el narcotraficante, imágenes que habrían de desempeñar un papel fundamental en la posterior evolución de la imagen social de las drogas y de las políticas dirigidas a controlarlas, basadas en la prevención, la represión y la asistencia. Durante los años setenta y ochenta, la heroína fue la sustancia que ocupó el lugar central en el panorama de las drogas. Además de extenderse con relativa rapidez y ser la droga ilícita con mayores índices de mortalidad por reacción aguda (hecho que se mantiene en la actualidad), apareció estrechamente relacionada con formas muy visibles de delincuencia y acaparó tanto la demanda como la oferta asistencial, centró la atención informativa y, debido a la política de dificultar el acceso a las jeringuillas, facilitó la transmisión del VIH y otras infecciones, generando una emergencia sanitaria de primer orden (Romaní, 1999).

La alarma social que produjo este fenómeno tuvo consecuencias tan dispares como la promulgación de la Ley de Seguridad Ciudadana –que castiga la tenencia y el consumo en lugares públicos– y la puesta en marcha de los primeros programas de intercambio de jeringuillas y de dispensación controlada de metadona. Estos programas son, de hecho, los que marcan el inicio de un cambio en la visión del fenómeno que habría de conducir a la generalización de ciertas políticas de reducción de daños, al menos en el ámbito europeo.

3.1.1. Una nueva reducción de daños para una nueva época

La reducción de riesgos y daños está sufriendo una transformación en los últimos años. El cambio en la percepción social de las drogas, la transformación de los

patrones de uso y la aparición de nuevas sustancias han llevado a muchos sectores implicados en el fenómeno a plantear la necesidad de ampliar los objetivos y actividades incluidos dentro de la reducción de riesgos, para que llegue más allá de donde le condujeron los avances pioneros de los primeros años noventa.

Desde los años 80, las formas de consumo de drogas ilegales han cambiado, aunque no tanto como la manera en que ese consumo es percibido. En este cambio de óptica acerca del consumo de drogas han intervenido diversos fenómenos, además de la citada extensión de los programas de reducción de daños. En primer lugar, el descenso en el consumo de heroína, especialmente por vía parenteral, con una drástica reducción la incorporación de nuevos consumidores jóvenes y el envejecimiento y cronificación de la población usuaria, buena parte de la cual ha ido siendo integrada en los programas de dispensación controlada de metadona, con una clara mejora en su calidad de vida y una reducción en la conflictividad social (Markez y Póo, 2000). El hecho de que el adicto a los opiáceos, que se inyecta en plena calle, deje de ser la imagen dominante en los discursos sobre drogas hace que la percepción del fenómeno vaya cambiando gradualmente.

Otro fenómeno importante ha sido la creciente constatación de que la mayoría de las personas usuarias de drogas ilegales están alejadas del estereotipo de marginado-enfermo-delincuente. La creciente integración de las drogas en una vida nocturna de fin de semana cada vez más claramente separada del resto de la semana y en la que el consumo de drogas legales e ilegales forma parte importante, ha generado unas culturas de consumo, en muchos casos vinculadas a la expansión de la música electrónica de baile, en las que participan sectores muy significativos de la juventud (Gamella y Álvarez, 1999; Elzo et al., 2000; Usó, 2001).

El cannabis se ha extendido entre los jóvenes que salen de marcha el fin de semana como una sustancia casi totalmente normalizada, lo que ha demostrado el fracaso de las políticas preventivas basadas en el objetivo de la abstinencia y ha hecho replantearse la prevención en este terreno. En muchos ambientes, las drogas ilícitas forman parte de un conjunto de bienes de consumo vinculados al tiempo de ocio en los que las drogas juegan papeles simbólicos que van mucho más allá de los efectos que los consumidores esperan lograr y de los que realmente experimentan.

La MDMA o éxtasis ha sido la sustancia que ha experimentado el mayor aumento en su consumo, la más vinculada a este fenómeno festivo, la que más ha atraído la atención de los medios de comunicación en largos períodos y, en definitiva, la que aparece como paradigma del consumo de drogas del comienzo del siglo XXI.

Introducida a la vez como mercancía, droga e innovación cultural, el éxtasis se ha extendido gracias, en gran medida, a la campaña publicitaria gratuita que supuso su ilegalización en 1985. Es en el caso de esta sustancia donde se ve también más claramente el cambio en la manera de abordar el fenómeno del consumo, con un paso claro del empleo de la disuasión mediante el miedo a estrategias educativas de prevención secundaria (Fromberg, 1995).

Las intervenciones preventivas en espacios de proximidad, y en especial los programas de testado de sustancias, son una de las expresiones y, a la vez, uno de los motores en este cambio conceptual. Surgidas, como veremos más adelante, de la necesidad e iniciativa del propio grupo afectado, las intervenciones de testado han puesto sobre el tapete la cuestión de la atención a los colectivos de consumidores más “normalizados”, aquellos que, en general, no acudirán a los dispositivos asistenciales clásicos y permanecerán a su propia suerte en medio de un mercado carente de control sanitario.

El policonsumo, al que ya nos hemos referido repetidamente, ha sido otro de los fenómenos clave en el paso de una época a otra en materia de prevención. La combinación de las diferentes sustancias y ambientes genera una enorme diversidad de culturas de consumo, en muchos casos mutuamente excluyentes, y en las que el empleo de algunas sustancias o combinaciones de las mismas es un fuerte elemento identitario que se mezcla con elementos clásicos de las llamadas tribus urbanas (Costa, Pérez y Tropea, 1997; Feixa, 1998).

3.1.2. Hacia el uso responsable y la gestión de riesgos

El estudio de las pautas de generación de mecanismos de autorregulación entre colectivos de usuarios de diferentes drogas en diversos países ha tenido una enorme importancia a la hora de replantear las posibilidades y objetivos de las políticas de prevención. Ya desde finales de los setenta (Zinberg y Harding, 1979) quedó establecido que incluso los usuarios compulsivos ejercen cierto grado de control. Esta posibilidad de uso controlado fue quedando de manifiesto incluso en usuarios de heroína. Mediante la elaboración de “recetas culturales” (Maloff et al., 1979), sanciones informales y rituales se cumplen varias funciones en estas culturas de control: Se define el uso moderado y condena el compulsivo; se limita el uso a contextos en los que la experiencia pueda ser segura y/o positiva; se identifican los efectos negativos de la sustancia; y se separan y compartimentan las obligaciones que el individuo tiene en los momentos de uso y en los de normalidad.

Simultáneamente, la reducción de riesgos y daños ha ido pasando de ser un enfoque parcial vinculado a actuaciones concretas, a convertirse en uno de los principios rectores de las políticas de drogas, concebidas como parte de una política global de protección para la salud. Por tanto, la introducción del concepto de educación para la salud en el campo del uso de drogas, la planificación de las actuaciones, la superación de las políticas represivas a la reducción de riesgos (incluyendo la colaboración de las fuerzas policiales a la hora de facilitar las intervenciones sobre el terreno) y el cambio en la estrategia de intervención, más centrada ahora en salir al encuentro de los potenciales usuarios, conocer sus necesidades y facilitarles los medios para resolverlas por sí mismos, han marcado un antes y un después en estas políticas, sobre todo en Europa (Bennett y O'Hare, 1995; Boddy, 1999; Barendregt, 2000; Burkhart, 2002).

De esta manera, mediante la conjunción de avances en la investigación, cambios en la formulación teórica y nuevas experiencias prácticas, entre las que los servicios de testado de pastillas e información personalizada in situ y la difusión de información veraz sobre las propiedades y riesgos de las sustancias, mediante publicaciones y vía Internet, han sido la muestra más clara, los objetivos han pasado a estar más vinculados a la capacitación de las personas usuarias y su entorno, mediante elementos de juicio que les permitan gestionar con mayor responsabilidad su potencial consumo de drogas. Es significativo que los mismos responsables de los más ambiciosos programas de investigación a nivel europeo, vinculados con las esferas de toma de decisión en materia de política de drogas, hablen abiertamente de la necesidad de replantear la prevención del uso recreativo de drogas (Calafat, 2001), entendiendo una cultura juvenil muy potente, desarrollada y en constante evolución.

De esta forma, incluso expertos que siguen creyendo en la abstinencia como objetivo final y propugnan abiertamente el uso de medidas represivas para frenar el consumo, acaban apostando por avanzar mediante un abanico de actuaciones que incluyen autoayuda y formación de pares, información sobre riesgos a los usuarios, test de sustancias, fomento de entornos y formas de consumo seguras, outreach o salida al encuentro de los consumidores, servicios de urgencia, etc., dando por bueno el principio fundamental de la reducción de daños: la aceptación de la existencia del consumo como una realidad establecida. De una manera o de otra, se intenta influir sobre la percepción de riesgo a fin de promover respuestas autoprotectoras.

Este planteamiento acaba teniendo puntos de contacto claros con las nuevas tendencias en materia de prevención de riesgos. Si nos remitimos, por ejemplo, al Documento Marco sobre Reducción de Daños (Grup Igja y colaboradores, 2000),

aprobado en la Conferencia de Consenso de Barcelona, veremos que entre los principios estratégicos de la reducción de daños se citan algunos que coinciden con lo arriba expresado y con las premisas en las que se basan los programas de testado e información:

- Aceptar la posibilidad de reducir gran parte de los riesgos y daños sin abandonar el consumo.
- Promover la competencia y responsabilidad de los propios consumidores de drogas.
- Adaptar los programas a las necesidades de los usuarios.
- Promover modelos de búsqueda y acercamiento.
- Ofrecer información y promover la educación sanitaria dirigida a un consumo de menos riesgo.

Por lo tanto, parece que se puede afirmar que existe un creciente consenso a la hora de defender la progresiva extensión de la reducción de riesgos a campos que hasta ahora le estaban vetados. Esta apuesta, estrechamente vinculada con la paulatina difusión de la idea de que las políticas basadas en la prohibición estaban predestinadas al fracaso, puede abrir nuevos horizontes a la prevención, poniendo en cuestión qué es lo que se debe prevenir y qué tipo de valores se deben fomentar entre las personas consumidoras.

El eje de las nuevas políticas preventivas, por tanto, debería ser la evaluación de los riesgos y daños asociados a diferentes escenarios de consumo de las diversas drogas, de modo que se regule el mismo de manera que se obtenga la mejor relación posible daño-beneficio, mediante la capacitación de las personas usuarias en el cuidado de la propia salud, el fomento de patrones de consumo y hábitos de vida saludables, y el favorecimiento de culturas de consumo que, mediante mecanismos informales y no prohibicionistas, fomenten el uso responsable de las diversas drogas. A continuación veremos hasta qué punto las políticas de drogas vigentes permiten que esto sea así.

3.2. LA PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS COMUNITARIAS, ESTATALES Y AUTONÓMICAS

3.2.1. Plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004)

El Plan de acción de la Unión Europea tiene como finalidad establecer las líneas generales por las que se regirá la política comunitaria en materia de drogas y, a la vez,

armonizar las políticas de los estados miembros. Para ello, define una serie de criterios acerca de las tendencias de consumo de drogas ilegales, hace un diagnóstico de los problemas de salud pública asociados con el mismo, y marca una serie de objetivos generales que se consideran prioritarios durante el periodo de vigencia del plan (Comisión Europea, 1999). El plan dice lo siguiente con respecto a las tendencias de consumo:

- El cannabis es la droga ilegal más comúnmente utilizada en la UE, y ha sido probada por entre el 1 y el 8% de la población total y hasta por el 20% de los adultos más jóvenes. Su uso es estable en general.
- La anfetamina es la segunda droga ilegal más utilizada en la mayor parte de los países (probada por el 2-4% de la población adulta y hasta por el 10% de los adultos jóvenes). Su uso continua aumentando y es probable que sea más importante en el futuro que el éxtasis.
- El uso del éxtasis ha dejado de aumentar en los Estados miembros donde solía aparecer más tempranamente, pero sigue creciendo en los demás.
- El uso de cocaína aumenta de forma modesta pero constante, aunque su nivel de difusión es aún bajo.
- El crack sigue siendo un fenómeno limitado.
- El uso de la heroína parece relativamente constante, aunque existen indicios de la existencia de una nueva generación de jóvenes fumadores de heroína.
- Otras sustancias: los disolventes suelen ocupar el segundo lugar entre las sustancias más utilizadas por los adolescentes. Parece que está aumentando el abuso por parte de los adultos de medicinas tales como benzodiazepinas, a menudo en combinación con alcohol.
- Drogas y salud: la relación más fuerte entre el uso de drogas ilegales y el perjuicio a la salud se da entre quienes se inyectan. Mientras que los índices de SIDA se han estabilizado, los casos registrados de hepatitis pueden tener consecuencias graves en la salud pública. El número de muertes relacionadas con la droga es generalmente estable o disminuye, aunque con excepciones en ciertos Estados miembros.

En cuanto a los problemas de salud pública relacionados con las drogas ilícitas, el plan establece los siguientes:

- El incremento de la demanda de droga, especialmente entre los jóvenes;

- El incremento del uso oral de drogas ilegales, tales como el éxtasis, las nuevas drogas sintéticas y la heroína para fumar;
- El problema cada vez mayor del abuso de anfetaminas en especial;
- La frecuente subestimación de los riesgos para la salud;
- El alto grado de hepatitis C y VIH/SIDA así como de otras enfermedades graves entre usuarios intravenosos;
- El gran número de muertes relacionadas con la droga en muchos Estados miembros.

Conforme al principio de subsidiariedad, el plan de acción de la UE 2000-2004 tiene cinco finalidades y objetivos generales, de las que una de ellas coincide con uno de los objetivos de las intervenciones de testado y concierne, por tanto al tema de este estudio: “Garantizar la recogida, el análisis y la difusión de datos objetivos, fiables y comparables sobre el fenómeno de la droga en la UE con el apoyo del OEDT y de Europol”.

3.2.2. Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004)

La Estrategia europea (Consejo de la Unión Europea, 1999) complementa y desarrolla el Plan. Aunque aporta pocas novedades con respecto al mismo y a pesar de que apenas hace referencia a la reducción de riesgos, creemos interesante citar, al menos, los siguientes aspectos del mismo:

a) Las nuevas posibilidades que ofrece el tratado de Ámsterdam

El artículo 152 del Tratado CE dispone que en la definición y ejecución de todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana. En el artículo se hace especial referencia a las drogas, disponiéndose que la Comunidad complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención.

Mediante el Tratado de Amsterdam se han creado las nuevas posibilidades siguientes:

1. El requisito de garantizar la protección de la salud humana en todas las políticas y acciones comunitarias.
2. La puesta en marcha de actividades intersectoriales de amplio alcance en materia de drogas.

3. Una orientación global de las acciones de protección de la salud pública que implique mejorar su nivel, prevenir las enfermedades y dolencias humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud pública.

(...)

5. La cooperación a través de iniciativas orientadas al intercambio de experiencias y mejores prácticas con objeto de combatir la exclusión social.

(...)

b) *Principios y objetivos de la estrategia de la UE en materia de Drogas (2000-2004)*

Citamos, de entre ellos, los siguientes:

1. Garantizar que el problema de la droga se mantenga como prioridad importante de la actuación interna y externa de la UE.

2. Garantizar que se evalúen las actuaciones de lucha contra la droga.

(...)

4. Conceder mayor prioridad a la prevención del consumo de estupefacientes y a la reducción de la demanda, especialmente a la relacionada con la iniciación al consumo, así como a la reducción de las consecuencias adversas del consumo de droga.

(...)

6. Fomentar la cooperación entre las instancias competentes y la participación de la sociedad civil.

(...)

8. Garantizar la recogida, el análisis y la difusión de datos objetivos, fiables y comparables sobre el fenómeno de la droga en la UE con el apoyo del OEDT y Europol.

(...)

11. Destacar que la aplicación acertada de la estrategia y de las acciones mencionadas en ella hará necesaria la disponibilidad de recursos adecuados.

3.2.3. Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)

La vigente Estrategia Nacional sobre Drogas, aprobada por el Consejo de Ministros del 17 de diciembre de 1999, tiene la finalidad expresa de “redefinir el Plan Nacional sobre Drogas adaptándolo a un nuevo modelo de intervención coherente con la realidad de los consumos de drogas y sus consecuencias” (PND, 2000), marcando las directrices de la política de drogas en los próximos años. A pesar de su pretendida

finalidad renovadora, lo cierto es que la Estrategia Nacional, en el terreno de las drogas ilícitas, apenas dedica atención a lo que no sea reducir la oferta y la demanda, en base a una acción doble: Intentar mejorar la escasa eficiencia del aparato represivo y profundizar en los programas educativos preventivos dirigidos a niños y jóvenes, con el fin último de la abstinencia, que aunque en la nueva Estrategia “constituye únicamente una de las metas posibles del proceso asistencial, continúa siendo un objetivo deseable y, por lo tanto, a potenciar”.

En consecuencia, dado que evitar el consumo antes de que se produzca se considera el objetivo primordial, apenas se presta atención a las necesidades y problemas de quienes ya se han iniciado en el mismo. No se hace referencia específica alguna a los usos recreativos y tampoco se considera que la población usuaria en general deba ser destinataria de programas preventivos o de reducción de daños. De hecho, en el apartado 3º, referente a “Metas y objetivos de la estrategia nacional”, no se hace mención alguna a la reducción de daños. La visión del usuario de drogas que impregna la estrategia se aprecia con claridad en el objetivo nº 6, el único donde se menciona a las personas usuarias, y en el que se habla de “impulsar programas que faciliten a las personas con problemas por el uso de drogas (en proceso terapéutico o no) su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma”. Dado que la mayoría de personas con “problemas por el uso de drogas” no sufren exclusión social, es evidente que el perfil de usuario al que pretende dirigirse la Estrategia Nacional sigue siendo la tradicional del drogodependiente-marginado, a pesar de que, a la hora de caracterizar la situación actual de los consumos, en el apartado sobre “Nuevas drogas y nuevos patrones de consumo”, la propia Estrategia reconoce que “un aspecto que conviene resaltar es que estos consumos no encierran generalmente posiciones contraculturales o comportamientos marginales como sucede con frecuencia en el modelo anterior. Nos enfrentamos a nuevas modas, nuevas formas de estar en sociedad, que afectan a grupos importantes de jóvenes relativamente normalizados en otras esferas de su vida”.

A la hora de definir las “Áreas específicas de intervención”, la reducción de daños aparece como una de ellas, dentro del apartado de “reducción de la demanda”, y al mismo nivel que la prevención, que se entiende dirigida a evitar el consumo. La Estrategia Nacional afirma que “aquellos usos problemáticos de drogas que no sean evitables, van a generar daños a la población consumidora, a terceros y a la propia sociedad. La Estrategia Nacional contempla la implementación de intervenciones dirigidas a minorar los daños ocasionados por estos consumos, fundamentalmente en aspectos sociales y de salud. Este tipo de medidas, que han mostrado ser efectivas,

deberán tener una aplicación generalizada en todo el territorio del Estado, prestándose especial atención en aquellas zonas donde los efectos negativos de los consumos de drogas presenten una mayor manifestación.”

A diferencia del campo de la rehabilitación, donde “el Plan recomienda estar abiertos a todas las innovaciones que se hayan demostrado útiles y estén científicamente avaladas”, en la reducción de daños no se habla en absoluto de nuevos avances. Entre los objetivos en reducción de daños se menciona:

1. Procurar que la mayor parte de la población drogodependiente pueda acceder a programas de reducción de riesgo.
2. Poner en marcha de forma generalizada programas de reducción del daño asociado al consumo de drogas, especialmente los programas de intercambio de jeringuillas, sexo más seguro y consumo de menos riesgo, kits antisida, etc.
- (...)
5. Implantar programas de educación sanitaria tendentes a la reducción del daño por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre la población general.

Por tanto, dado que la supuesta implantación generalizada de la que se habla en el punto 2º se limita a garantizar que el personal de los centros especializados de atención a drogodependientes tenga formación en “estrategias de prevención de sexo más seguro y consumo de menos riesgo” y que en el 5º solo se mencionan los programas dirigidos a la población general, debemos deducir que la Estrategia Nacional va a limitarse a actuar sobre las poblaciones tradicionalmente destinatarias de programas de reducción de daños, haciendo oídos sordos a las directrices que emanan de las instituciones europeas. Aun así, creemos que las iniciativas dirigidas a prevenir los riesgos asociados con los usos recreativos de drogas ilícitas, aunque es evidente que no constituyen ni de lejos una de las prioridades de la Estrategia Nacional, se podrían enmarcar perfectamente dentro de la misma, dado que concuerdan con algunos de sus planteamientos centrales. Más aún cuando el Plan Nacional sobre Drogas ha venido financiando desde hace años proyectos, como los desarrollados por la asociación ABD/Energy Control, que entran de lleno en el campo objeto del presente estudio.

3.2.4. Plan Trienal de Drogodependencias de la CAPV (1999-2001)

El Plan Trienal de Drogodependencias se basa en la Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias. En su exposición de motivos se afirma que no todo uso de drogas es de por sí problemático o pernicioso para la salud, e igualmente, que el fenómeno de las drogodependencias tan sólo constituye una de las partes de un fenómeno que se ha ido construyendo

socialmente en torno a las drogas con demasiados apriorismos. Con todo, se reconoce que el uso inadecuado y abusivo de las drogas es hoy en día una realidad y en consecuencia, es obligado dar una respuesta actualizada en todos aquellos ámbitos en que se expresa.

Para articular dicha respuesta se parte de los principios rectores de la anterior Ley Vasca de Drogodependencias (Ley 15/1988, de 11 de noviembre). Principios como:

- Aproximación global al fenómeno social de las drogodependencias, entendida como “aquella que desde una visión comprensiva, trata de hacer frente a la problemática global derivada del uso inadecuado o abusivo tanto del alcohol, tabaco y fármacos, como de las denominadas drogas ilegales”.
- Multidimensionalidad, en cuanto que conscientes de la multicausalidad de las drogodependencias, se propone la articulación de una respuesta en y desde todas aquellas instancias que resulten afectadas.
- Normalización, adoptando un principio organizativo según el cual las respuestas a los problemas derivados de las drogodependencias se efectúan desde las estructuras ordinarias de la sociedad.
- Participación social, en el sentido de reconocer que la eficacia de cualquier intervención vendrá dada por el nivel en que ésta sea asumida por los diversos interlocutores e interlocutoras sociales y, en última instancia, por su capacidad de movilización social. La participación de la iniciativa social es, pues, una garantía de avance en la superación de la problemática asociada a las drogodependencias.

En base a estos principios la Ley 18/1998 plantea tres ámbitos de intervención: prevención, asistencia e inserción.

- En cuanto a la política preventiva, la Ley propone, con interés pedagógico, tanto la intervención sobre los factores relevantes asociados al fenómeno, como la puesta en marcha de medidas de control de las sustancias y de protección de las personas.
- En el campo asistencial destaca la continuidad y apuesta por la filosofía de Reducción de Riesgos que se ha convertido en piedra angular de la asistencia a la persona drogodependiente en la red sanitaria pública actual.
- Respecto de la inserción social se insta a los poderes públicos a fomentar cambios en la percepción social del fenómeno de las drogodependencias que posi-

bilite la aceptación de las personas drogodependientes y de los servicios que precisan.

Para hacer posible el cumplimiento de estos objetivos, la Ley en su artículo 37, establece la creación de un Plan de Drogodependencias con carácter trienal, en el que se recogen de forma coordinada y global los programas y las acciones en los tres ámbitos anteriormente citados, que son realizados por las Administraciones del País Vasco.

El Plan Trienal de Drogodependencias actualmente en vigor es el 4º y corresponde a los años 2000, 2001 y 2002. En el se fijan las líneas de actuación consideradas prioritarias en materia de drogas. Dentro de estos objetivos considerados básicos consideramos conveniente destacar los siguientes:

- En referencia a la prevención:
 - Acciones orientadas a la prevención-reducción del consumo de las drogas sintéticas y hachís.
 - Formación de mediadores y mediadoras sociales directamente implicados/as en el fenómeno de las drogodependencias.
 - Desarrollo de programas de prevención comunitaria.
 - Propiciar la utilización de las nuevas tecnologías al servicio de la prevención como Internet, cd-rom, etc.
 - Revisión y mejora de los instrumentos de prevención así como del concepto y filosofía de la misma.
 - Debido a la aparente normalización que parece se está produciendo en referencia a las drogodependencias, insistir en la población en general en políticas de sensibilización y prevención de riesgos facilitando el conocimiento de las sustancias, las mezclas y los efectos del consumo evitando el cierre en falso del problema de las drogodependencias.
- Respecto de la asistencia:
 - Profundizar en el desarrollo de los programas de reducción de daños, disminución de riesgos y mejora de las condiciones generales de salud de las personas drogodependientes.

Como líneas de apoyo a las anteriores:

- Apoyo al movimiento asociativo (ONGs) y al voluntariado que desarrolla sus actividades en este ámbito reorganizando este sector y superando los actuales déficits.

- Impulso de la participación de los usuarios y usuarias de los programas, de las personas afectadas y de las y los ciudadanos interesados, en general, en la identificación de necesidades, diseño de políticas, elaboración de programas, seguimiento y ulterior evaluación.

En cuanto a las líneas de trabajo a abordar en un futuro próximo:

- Liberalizar y regular el consumo de todas las drogas y trabajar la capacitación de las personas para poder decidir lo que quieren y/ o tienen que hacer en cada circunstancia.
- Adecuar el sistema legal de manera que no se sancione a ninguna consumidora o consumidor adulto por el hecho de consumir en público o por tener una sustancia actualmente ilegalizada.
- La filosofía a transmitir es vivir en una sociedad con drogas, pero sin dependencia de las mismas por lo que es necesario cambiar la filosofía y el lenguaje con el que se está funcionando tanto desde las instituciones como desde determinados colectivos sociales en materia de drogas.



Capítulo 4

Capítulo 4

Capítulo 4

Intervenciones en reducción
de riesgos en ámbitos de
proximidad: los programas
de testado de sustancias

4.1. ANTECEDENTES EN LA UNIÓN EUROPEA

4.1.1. Inventario y revisión de las experiencias europeas

El pasado año, el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT), órgano asesor de la Unión Europea en la materia, publicaba un informe científico titulado *An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU* (Kriener, 2001), en el que se hacía una revisión de las experiencias, tanto en marcha como en proyecto, de Testado de Pastillas Sobre el Terreno (en adelante TPST) y en puntos fijos (“proyectos de Testado Estacionario”, en adelante TPE). Dado que se trata del único estudio monográfico extenso sobre las intervenciones de testado de pastillas, a continuación ofrecemos un amplio resumen de este trabajo³ que, entre otras cosas, pretende servir de referencia a la hora de poner en marcha cualquier proyecto de este tipo en la Unión Europea.

Para la realización del estudio se solicitó información a los diferentes puntos de recogida de datos del OEDT y se contabilizaron un total de 22 proyectos en 8 países de la UE (Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Grecia, Holanda y Reino Unido), además de Suiza que, a pesar de no ser estado miembro de la Unión, tiene en marcha proyectos de gran interés y forma parte de la red informal de Proyectos Europeos de Testado de Pastillas. Tras enviar peticiones de información y seleccionar los proyectos que cumplían los requisitos del estudio, se envió a 18 de ellos un amplio cuestionario, recibándose respuesta de 12 grupos y 13 proyectos de 7 países (tabla 1).

El estudio, además de inventariar las experiencias existentes, pretendía analizar los objetivos de las mismas, estudiar cómo utilizarlas en el marco de las intervenciones de reducción de daños, repasar las condiciones generales de los proyectos, ilustrar el contexto legal de estas actividades, describir las estrategias y métodos

³ El texto completo, en inglés, se puede encontrar en www.checkyourdrugs.at.

analíticos que se emplean para llevarlas a cabo, y analizar las potencialidades y dificultades para la evaluación, además de los futuros objetivos y planes. Estas cuestiones fueron estudiadas mediante el cuestionario y discutidas posteriormente en una reunión, celebrada en Viena en noviembre de 2000, a la que acudieron representantes de 10 grupos, entre los que había proyectos, tanto auto-organizados como financiados por las instituciones, de 7 países. Por tanto, se puede considerar que el estudio refleja fielmente el panorama de este tipo de intervenciones en la Unión Europea y, en consecuencia, lo consideramos referencia obligada a la hora de diseñar intervenciones preventivas sobre el terreno.

Tabla 1: Proyectos incluidos en el informe del OEDT (Kriener, 2001)

País	Proyecto	Situación	TPST	TPE
Alemania	DROBD / Hanover	En marcha	X	X
Alemania	Eve & Rave Berlin	En marcha	X	X
Alemania	Drogenhilfe Munster	En proyecto	X	X
Alemania	Eclipse / Berlín	En proyecto	X	X
Austria	ChEck iT! / Viena	En marcha	X	
Bélgica	Modus Vivendi Brussels	En proyecto	X	
España	Energy Control / Barcelona	En marcha	X	X
Francia	Misión XBT / París	En marcha	X	X
Francia	Techno Plus / París	En marcha	X	X
Holanda	DIMS / Utrecht	En marcha		X
Holanda	DIMS / Utrecht	En proyecto	X	
Suiza	Pilot E / Berna	En marcha	X	
Suiza	Eve & Rave Schweiz	En marcha	X	X

4.1.1.1. Objetivos de las intervenciones de testado de pastillas

Los resultados del estudio reflejan que el testado de pastillas puede ser utilizado para muy diversos objetivos. Aunque el trabajo considera que podría haber aún más, los principales son recogidos en el Resumen Ejecutivo (Burkhart, 2001), del que, por su interés, citamos íntegramente el apartado correspondiente:

En sentido amplio, el testado de pastillas intenta advertir, in situ o vía Internet, acerca de sustancias inesperadas y muy peligrosas y procurar una vía atractiva para contactar con consumidores potenciales de sustancias ilícitas a fin de ofrecerles información y asesoramiento. En tanto que aproximación científicamente motivada, el testado de pastillas es un instrumento –añadido a otros en una estrategia amplia sobre drogas– para obtener conocimiento preciso no solo acerca de la situación del mercado negro en ese momento, sino también para detectar, seguir la pista y controlar tendencias emergentes de consumo, cambios en los patrones de uso locales e internacionales, y una variedad de datos demográficos sobre consumidores de drogas ilegales y otras personas en situación de riesgo. Los sistemas (formales e informales) de información y prevención contra pastillas nuevas, inesperadas o muy peligrosas se pueden beneficiar enormemente de los proyectos de testado de pastillas. Por otro lado, la información proporcionada por los dispositivos de alerta pueden ser usados más significativamente si hay proyectos que se hallan en situación de decir específicamente a sus clientes contra qué les están previniendo.

Reducción de daños

Todos los proyectos de testado de pastillas están dirigidos a informar a los consumidores acerca de pastillas muy peligrosas o inesperadas in situ o a través de revistas, flyers, posters o de Internet. Aparte de estas advertencias (...), la dosificación de las sustancias en las pastillas es una importante cuestión. Los mensajes de alerta acerca de sustancias dañinas o composición nociva de pastillas –que son frecuentemente tenidos en cuenta por los usuarios de éxtasis– son significativos solamente si los consumidores se hallan en situación de que sus pastillas sean analizadas químicamente. Un considerable número de usuarios aún considera que el éxtasis es una sustancia relativamente segura. El análisis de pastillas in situ es uno de los pocos métodos existentes para acercarse a los consumidores y transmitirles directamente mensajes sobre “uso seguro” que cubren una gran variedad de temas, como riesgos sanitarios agudos y a corto plazo (p.e. deshidratación, sobredosis), riesgos sanitarios a largo plazo y adicción, riesgos legales y mensajes para una conducción más segura.

Prevención

Las actuales intervenciones de análisis de pastillas en Europa ofrecen más que el mero testado. La mayoría de los proyectos también ofrecen *charlas informativas e intervención en crisis*. El análisis de pastillas es un instrumento que atrae visitantes –porque se ocupa de las sustancias, porque al menos hay algún equipamiento técnico y porque el contenido de las pastillas es siempre de la mayor importancia para ellos–. Esta situación puede ser utilizada para surtir a los visitantes de hojas y folletos informativos e implicarlos en información ampliada o charlas de asesoramiento, con efectos presumiblemente preventivos. “Charlas informativas” significa conversaciones entre el personal del proyecto y usuarios potenciales, que duran por encima de 5 minutos y tratan de temas como mensajes de “uso seguro”, información sobre sustancias o problemas psicosociales. Todos los proyectos ofrecen charlas informativas, incluso si ese día en concreto no tienen consigo el equipo de análisis químico.

Control e investigación

El hecho de que el testado de pastillas in situ esté recogiendo datos e ideas cualitativas acerca de los mercados de drogas, así como cuestiones demográficas y psicológicas, médicas y sociales sobre los visitantes de las rave y otros consumidores de sustancias ilícitas, es un importante prerrequisito para poner en marcha y perfeccionar proyectos de información y prevención y para planificar estudios científicos sobre patrones de uso y peligros relacionados con ellos.

Además de lo anterior, y aunque no se trata de uno de sus objetivos primarios, el testado de pastillas parece tener influencia a largo plazo sobre el mercado negro de sustancias, al hacer más difícil la comercialización de partidas señaladas como peligrosas, con la consiguiente disminución del riesgo para la salud pública. Por otro lado, las intervenciones de testado suelen ser con frecuencia punto de interés para los medios de comunicación, lo que permite enviar mensajes al conjunto de la sociedad, tanto en el campo de la prevención como en la erradicación de falsos tópicos en torno a las drogas y sus usuarios.

La mayoría de proyectos considera el testado de pastillas como una cuestión ética. Se entiende que los usuarios potenciales deben ser capacitados para actuar responsablemente y cuidar de sí mismos y de sus amigos. En este sentido, el *derecho a saber* por parte de las personas consumidoras es colocado por encima de consideraciones legales e ideológicas.

4.1.1.2. Condiciones generales de los proyectos⁴

La estructura organizativa de los proyectos varía mucho de uno a otro, pero la mayoría trabaja en cooperación con otros grupos similares o como parte de una organización superior. En general, dado el carácter interdisciplinar de su trabajo, reúnen a personas de muy diferentes campos profesionales, 15 en el conjunto de proyectos estudiados, entre los que predominan los trabajadores sociales, seguidos de *trabajadores juveniles (youth workers)*, psicólogos, pares / usuarios, farmacéuticos, químicos y médicos.

Su situación financiera es también diversa. Excepto los dos proyectos de Eve & Rave, que se financian a base de aportaciones de usuarios potenciales, dueños de

⁴ Se describen aquí las características generales de los proyectos de TPST y TPE en la UE, recogidas en el Inventario del OEDT. Algunas características específicas de los proyectos que nos han parecido de mayor interés para el presente trabajo se detallan en el apartado dedicado a repasar la situación por países y regiones.

clubes y organizadores de fiestas, donaciones y cuotas de socios, el resto se financia entre un 80 y un 100% a partir de fondos públicos provenientes de autoridades locales, regionales o estatales, en ningún caso de la Unión Europea. El presupuesto anual oscila enormemente. El presupuesto medio de los proyectos analizados es de 71.000 €, que aumenta a 260.000 € si se excluyen los que no reciben financiación pública. En general, el patrocinio comercial desempeña un papel marginal, que solo se acerca al 10% en un par de casos.

En cuanto a los objetivos (no los que la experiencia ha mostrado como posibles a posteriori, sino aquellos que los grupos preformularon al poner el marcha el programa), todos coinciden en señalar tres: “prevenir que los/as usuarios/as consuman sustancias especialmente peligrosas o adulteradas”, “comunicarles mensajes de *uso seguro*” y “mejorar el conocimiento factual de los/as usuarios/as acerca de las sustancias y sus riesgos”. De un total de 13, 12 proyectos consideran fundamental “el conocimiento por parte de las personas usuarias del contenido concreto de cada pastilla o *ácido*”, 11 pretenden “influir en la actitud de los usuarios con respecto a las drogas para que ésta sea más crítica” y 9 pretenden “recolectar datos con fines científicos”. Ninguno de ellos consideraba que facilitar información a la policía acerca del mercado ilegal fuera un objetivo relevante.

Todos los grupos consideran “grupo diana principal” o “importante” de su proyecto tanto a usuarios excesivos como a consumidores regulares y casi todos extienden esa consideración a usuarios experimentales y a personas no usuarias pero interesadas en las “drogas de fiesta”. Solo uno de los proyectos incluía en una de esas categorías a las personas no usuarias y no interesadas.

En cuanto a las actividades englobadas dentro del proyecto, tanto las que ya funcionan como las que se hallan en fase de planificación, todos los proyectos estudiados distribuyen materiales informativos que, excepto en un caso, producen por sí mismos. Casi todos los proyectos ofrecen TPST, proporcionan los resultados al grupo diana in situ y dan *charlas informativas* allí mismo. La gran mayoría dispone de un centro permanente donde se ofrecen TPE y las citadas *charlas informativas*. También son mayoría los proyectos que realizan *intervenciones de crisis*, mantienen una página web, elaboran publicaciones científicas y facilitan el acceso público a sus datos. Algunos publican también los resultados de otros grupos, organizan fiestas y eventos, e, incluso, participan en la elaboración de políticas.

En cuanto al número de intervenciones anuales de TPST, el número oscila entre las 5 de ChEck iT! y DROBS Hanover y las 24 de Energy Control. El número de

pastillas testadas por evento también varía mucho, debido a los diferentes métodos analíticos utilizados, lo que impide obtener conclusiones. Hay considerables diferencias en la edad de los usuarios que se acercan, debido a la diferente composición de la escena tecno en cada país, aunque la media se sitúa en 22 años, siendo varones la gran mayoría (72%). Las *charlas informativas*, en cambio presentan un formato más regular que el testing. Ningún grupo da menos de 40 charlas por evento, estando el máximo en las 250 charlas por noche de ChEck iT!.

4.1.1.3. Situación legal

El testado de pastillas se halla en situación legal incierta. En todos los países en los que se llevan adelante este tipo de iniciativas, la posesión de drogas ilícitas se castiga, al menos, con multa e incautación de la sustancia de que se trate. En algunos países, como Austria y Alemania, tocar una pastilla y devolvérsela al potencial usuario puede ser también una conducta sancionable. Por ello, la propia existencia de las intervenciones de testado –que, como hemos visto, cuentan con financiación pública en casi todos los casos– supone en cierta medida una paradoja. Para resolver esta situación, el único país que ha regulado la cuestión y ha incluido el testado en sus políticas nacionales sobre drogas es Holanda. El resto tienen que recurrir a regulaciones regionales, opiniones legales ad hoc o acuerdos especiales.

Para obviar las trabas legales, Austria, Bélgica y Holanda se apoyan en el carácter científico de la intervención. En Suiza, se considera que el testado es legal en la medida en que constituye una actividad preventiva. El estudio del OEDT considera que “para poner en marcha intervenciones de testado se precisa un mínimo de respaldo político y de buena cooperación con la policía local. En particular, tiene que haber un intercambio de puntos de vista o acuerdo con la policía a fin de evitar su intervención en los TPST, especialmente si la policía está obligada por ley a intervenir para prevenir posibles actos ilícitos, que es el caso de la mayoría de países europeos”. (p. 25).

En el caso de Energy Control, único proyecto del estado español analizado en el estudio, la situación legal no es en absoluto clara. Las instituciones competentes en los lugares donde Energy Control ha venido desarrollando su labor en los últimos años están familiarizadas con el proyecto y, hasta el momento, no ha habido ningún intento de impedir sus actividades, pero tampoco se han permitido con claridad. De esta manera, sigue sin despejarse la duda en torno a la cobertura legal para este tipo de actividades.

4.1.1.4. Metodologías de intervención

Los grupos europeos implicados en programas de TPST consideran que la mejor manera de obtener información acerca de los grupos-diana es la conversación directa con los usuarios y la práctica sobre el terreno. Ningún grupo rechaza usar métodos estructurados de recogida de datos, como cuestionarios o entrevistas (que, de hecho, muchos grupos usan de manera sistemática), pero consideran que antes de poder reunir datos significativos es necesario ganar progresivamente la confianza de las personas destinatarias de los programas. En este sentido, se considera que las actividades que ayudan a conseguir la información más relevante son “estar presentes en las fiestas”, “desarrollar charlas in situ desde una óptica no moralizante” y “aportar información objetiva”. De esta manera, una vez ganada la confianza de los usuarios potenciales, es más fácil lograr datos de los mismos.

El número de personas participantes en un evento de TPST oscila entre 1 y 35. Esta enorme variación se debe a las diferentes estrategias de los grupos, dado que unos realizan intervenciones más pequeñas y con más frecuencia, mientras que otros optan por pocas salidas concentradas en eventos multitudinarios en los que es fundamental contar con gran número de colaboradores. Excepto en el caso de Eve & Rave que, como se ha explicado, carece de financiación pública y posee los presupuestos más bajos, todas cuentan con profesionales que, solos o con la ayuda de voluntarios, llevan adelante la intervención.

El lugar elegido para llevar a cabo las intervenciones de testado suele estar cerca de la entrada o de la zona de chill-out. El lugar debe ser visible para los usuarios potenciales, y lo más recogido y silencioso posible, a fin de facilitar la comunicación. La promoción de los eventos se hace a base de *flyers* (del propio proyecto o de la fiesta o sala organizadora), carteles, postes indicadores o mediante la colocación de mostradores para distribuir información.

Todos los proyectos proporcionan información sobre la composición a la propia persona que acude con la sustancia, pero hay diferentes estrategias cuando se trata de informar a terceros. Algunos grupos informan al resto solo en caso de encontrar pastillas “especialmente peligrosas”, otros informan siempre, pero solo dan toda la información cuando se trata de dichas pastillas y algunos difunden toda la información de todas las pastillas de forma que sea accesible por cualquier persona interesada. Una posible definición de “pastilla peligrosa” sería “cualquier pastilla que contenga sustancias como PMA, atropina o metanfetamina, así como las que tengan más de 120 mg. de MDMA, MDA, MDEA o MBDB”. Para la difusión de la información se

emplean carteles, flyers e Internet. Además del TPST, las intervenciones suelen ir acompañadas de otras actividades, entre las que destacan, por el número de grupos que las realizan: Charlas informativas, distribución de material informativo, reparto gratuito de preservativos, presentación de resultados in situ, distribución gratuita de agua y reparto de fruta.

En cuanto a la cooperación, casi todos los proyectos trabajan en estrecho contacto con organizadores de fiestas, servicios sanitarios, policía y autoridades locales. En todos los casos, la cooperación se considera como muy positiva. En el caso de los servicios sanitarios, los programas de testado derivan directamente hacia los mismos a los usuarios con problemas físicos y también a los que presentan problemas psíquicos, aunque en este segundo caso se suele intentar resolver los casos más leves allí mismo. En el caso de la policía, muchos programas mantienen intercambios bidireccionales de información sobre sustancias y tendencias, siempre con el objetivo de reducir los problemas asociados con el uso y evitando facilitar información alguna sobre los usuarios.

Junto con el testado, las llamadas “charlas informativas” son la otra actividad estrella de este tipo de programas, a la que se dedica gran número de personal (hasta 54 personas en el caso de Techno Plus Paris). Algunos programas intentan ellos mismos el contacto con los usuarios potenciales y otros prefieren esperar a que acudan por ellos mismos. Para ello, se decoran las zonas de chill-out, se colocan mesas informativas o se informa de viva voz a los asistentes. Los temas más habituales de las charlas son, en este orden: El propio proyecto, efectos y riesgos de las sustancias psicoactivas, ingredientes de las pastillas, riesgos relacionados con la mezcla de sustancias, reducción de riesgos y uso seguro, problemas físicos, psíquicos y sociales relacionados con el consumo, política de drogas y situación legal, preparación y contexto del consumo de drogas y cómo ayudar a amigos que abusan de las mismas.

4.1.1.5. Procedimientos analíticos

Los programas de testado sobre el terreno han utilizado diversos métodos para determinar la pureza y composición de las pastillas que les llegan. Entre ellos se encuentran:

- **Cromatografía:** Cromatografía es la separación e identificación de los diferentes componentes de una mezcla y es ampliamente usado en todo tipo de análisis químicos. Se utilizan diferentes aparatos, que permiten la detección de gases y sustancias volátiles o de moléculas de peso elevado, como sustancias

biológicas. Los programas de testado utilizan cuatro tipos diferentes de cromatografía:

- Cromatografía líquida de alta presión (HPLC)
 - Cromatografía de capa fina (TLC)
 - Cromatografía de gases (GC)
 - Cromatografía de gases espectrometría de masas (GC-MS)
- Identificación de pastillas: Se basa en la comparación de las características físicas (peso, color, medidas, inscripciones, etc.) de la pastilla objeto de test con listas de pastillas previamente analizadas.
- Test de marquis (test de reacción de color o colorimétrico): Se basa en la reacción entre una pequeña cantidad de la sustancia a testar y un reactivo químico, cuyo cambio de color indica la presencia o no de algunas sustancias comúnmente presentes en las pastillas.
- Test inmunológico: El sistema se basa en la reacción entre un anticuerpo más o menos específico y una sustancia, y la visualización de esa reacción. En la mayoría de los casos se usan reactivos comercializados para la detección de drogas en orina. La forma de uso para testado in situ son tiras o tarjetas de testado. También se puede realizar la detección capilar.

Los diferentes procedimientos citados tienen un nivel de fiabilidad, coste y complejidad de manejo muy variable. Algún sistema, como el inmunológico, ha sido prácticamente descartado por su falta de fiabilidad. Otros, como la GC-MS, son muy fiables, pero resultan muy costosos y no se pueden trasladar hasta el lugar de la intervención, lo que impide facilitar el resultado en el momento. Muchos exigen una cualificación muy elevada. Debido a todo ello, los procedimientos elegidos son muy diversos, dependiendo de las finanzas del grupo y del tipo de intervenciones que realiza:

- Cuatro grupos usan la cromatografía líquida de alta presión (HPLC), de elevada fiabilidad y que puede trasladarse hasta el lugar de testado. Exige cualificación media-alta y, a pesar de la fuerte inversión inicial (20.000–40.000 €), el coste por testado es bajo (0,5–1 €). Se podría considerar el procedimiento más versátil y con mejor relación precio-fiabilidad.
- Otros 4 combinan el test de Marquis con la identificación de pastillas, lo que implica un laboratorio de referencia a fin de dar ciertas garantías al proceso. Exige una cualificación baja y resulta barato pero, a cambio, también tiene una

baja fiabilidad. Sin embargo, en bastantes casos permite conocer la dosis y es útil para detectar la aparición de adulterantes peligrosos que no aparecerían con el test de Marquis simple.

- 3 programas utilizan la cromatografía de gases, que tiene una fiabilidad media, pero no puede trasladarse. Exige una inversión inicial de 10.000–30.000 €, con un coste por testado de 1 a 3 €.
- Solo dos proyectos utilizan la combinación de cromatografía de gases y espectrometría de masas (GC-MS). Tiene una fiabilidad muy elevada y detecta una gran cantidad de sustancias, pero no puede desplazarse, tiene un coste elevado y exige una gran cualificación.
- La cromatografía de capa fina es usada por un solo grupo. Se trata de un sistema que exige una inversión inicial menor (1.000–5.000€) y tiene la ventaja de poderse trasladar y no exigir elevada cualificación. Sin embargo, identifica un número reducido de sustancias, y tiene una fiabilidad mediana, aportando solamente datos cualitativos.
- El test de Marquis sin identificación de pastillas es muy barato y sencillo, pero su fiabilidad es muy baja. Solo informa de la presencia o no de un reducido número de sustancias (menos de 10), sin ninguna otra indicación sobre dosis o adulterantes.

4.1.1.6. Evaluación

Los proyectos analizados en el estudio han sido sometidos a escasa evaluación. El único que había sido sometido a evaluación completa era DIMS de Utrecht. De ocho proyectos en marcha, tres no habían sido sometidos a evaluación alguna debido a la falta de recursos, y los otros cinco habían analizado al menos algunas cuestiones de evaluación. Sin embargo, resulta muy difícil la evaluación de este tipo de programas. En parte se debe a la novedad de este tipo de intervenciones, para las que aún no se han desarrollado mecanismos de evaluación fiables, pero también a las propias características de los programas, en los que el contacto con los usuarios es fugaz y, normalmente, único, de manera que resulta complicado saber qué resultados se consiguen a corto y medio plazo. Sin embargo, algunos grupos, como ChEck iT! y Pilot E describen diversas variables y métodos de evaluación, incluyendo cuestionarios, entrevistas y hojas de documentación. Las intervenciones para las que se han desarrollado herramientas de evaluación son el testado de pastillas sobre el terreno, las charlas informativas in situ, la gestión de páginas web y la distribución de material informativo.

4.1.1.7. Conclusiones del informe del OEDT

El resumen ejecutivo del informe del OEDT (Burkhart, 2001) repasa de la siguiente manera las principales cuestiones relacionadas con los programas de testado de pastillas in situ:

- Las intervenciones de testado de pastillas son importantes medidas para entrar en contacto con poblaciones difíciles de contactar y para atraer su interés hacia los mensajes preventivos y de reducción de daños.
- Las intervenciones de testado de pastillas sobre el terreno deberían ir estrechamente unidas a la provisión de información con mensajes preventivos y de “uso seguro”, a través de una amplia gama de soportes informativos.
- Es esencial la cooperación con las autoridades locales, especialmente con la policía.
- La inversión en herramientas de análisis de alta calidad (para detección cuantitativa y cualitativa) que puedan ser transportadas hasta los lugares de intervención es un elemento relevante.
- Las charlas informativas con usuarios potenciales deberían centrarse no solo en las sustancias sino también en su consumo y comportamientos asociados en raves y clubs (aspectos legales, sexuales, sociales).
- Debido a la falta de datos empíricos, para los sistemas sanitarios en general y para los proyectos informativos y preventivos en particular, es crucial saber acerca de nuevas sustancias y tendencias de consumo, de lo contrario hay un elevado riesgo de perder credibilidad frente a los usuarios de sustancias psicoactivas bien informados. Los proyectos de testado de pastillas pueden ser una importante fuente de información sobre nuevas sustancias y tendencias de consumo, dado que se hallan en el contacto más próximo posible con los escenarios relevantes, bastante más que otras organizaciones dentro del sistema de prevención. Además, tienen una penetración en la mayoría de las sustancias que están siendo consumidas actualmente y saben por quién, dónde, cómo y por qué están siendo consumidas estas sustancias.
- Las intervenciones de testado de pastillas tiene que ser parte de una estrategia global para la prevención y la reducción de daños en entornos recreativos.
- Usando la información proveniente de las intervenciones de análisis de pastillas in situ, un sistema nacional de emergencia podría profundizar sus bancos de datos en términos de contextos sociales: Quién es la gente que está consumiendo estas sustancias, cómo, dónde y por qué las están consumiendo de una determinada manera y qué información se puede transmitir a los usuarios potenciales de una manera significativa y exitosa.
- Debido a la escasez de evaluación y a sus dificultades, por un lado no hay pruebas científicas estrictas acerca del impacto protector de las intervenciones análisis de pastillas in situ pero, por otro lado, tampoco hay evidencia científica para concluir que tales intervenciones promuevan en modo alguno el uso de drogas o puedan ser

aprovechadas por los traficantes con fines comerciales. En cualquier caso, unir fragmentos de evidencias es a menudo un primer paso para decidir sobre nuevos modelos de intervención.

- Existe la necesidad de mayor investigación y estudios de evaluación acerca del alcance total de los efectos de las intervenciones de testado de pastillas in situ. Este aparece como un requisito previo para elaborar políticas a la hora de completar el alcance de las estrategias para hacer frente a las consecuencias de las drogas en entornos recreativos.

4.1.2. Algunas experiencias europeas en detalle

Seguidamente se repasarán varias experiencias europeas que contienen aspectos que se ha creído pueden resultar de interés, especialmente en lo tocante a la colaboración interinstitucional y no aparecen mencionados en el informe del OEDT.

4.1.2.1. Holanda (DIMS y Safe House)

El doctor en Neurología Erik Fromberg es uno de los precursores del testing de éxtasis, LSD y anfetaminas en Holanda. Desde 1992 ha realizado una investigación piloto en este país sobre el contenido de las pastillas de MDMA: es el Drugs Information and Monitoring System (DIMS) (Sistema de Información y Vigilancia relativas a las Drogas).

El DIMS se integra dentro de una estrategia global y coordinada de Reducción de Riesgos que contempla la intervención preventiva en tres niveles diferentes:

- Prevención primaria: el consumidor recibe información sobre la posibilidad de que lo que consume pueda estar muy adulterado y, se le proporcionan herramientas para ayudarle a adoptar la decisión de tomar o no la droga.
- Prevención secundaria: se desarrollan los conocimientos entre los grupos de usuarios, reforzando la capacidad de autocorrección de estos colectivos.
- Prevención terciaria: se estimula la autoayuda entre los grupos de usuarios.

El punto de partida de esta estrategia es el supuesto de que todo el mundo es capaz de actuar responsablemente con respecto a sí mismo, mientras no existan impedimentos, tales como falta de información, etc. La transmisión de información objetiva siempre ha sido, en la política de drogas holandesa, una parte importante de sus estrategias de intervención. Y es aquí, donde se incardina el programa testing puesto que, su principal cometido es el establecer contactos con los usuarios, informar y prevenir, aparte de analizar las sustancias.

Para el trabajo de campo del testing, cuentan con la colaboración de Safe House, una asociación no gubernamental, que efectúa las pruebas en las raves haciendo una valoración cualitativa de las pastillas. Su aportación es muy importante ya que es necesario disponer de las tabletas de éxtasis que proceden directamente de las raves y no sólo de las que envían espontáneamente al DIMS, que ha tenido una mala experiencia en este terreno. Posteriormente, las pastillas son analizadas por un equipo de investigadores que controla su calidad y efectúan clasificaciones en función del mercado. Si se detecta alguna partida peligrosa se alerta inmediatamente tanto a los organizadores de raves y asociaciones tecno como a la policía.

El DIMS y Safe House ofrecen igualmente, material informativo sobre los efectos de las drogas, contraindicaciones y combinaciones con otras sustancias, así como un número de teléfono de información. Los efectos de esta estrategia preventiva se han dejado notar rápidamente: Los indicadores muestran que las drogas de síntesis se siguen consumiendo pero, al menos, sus consecuencias negativas son ahora menores (UNESCO / CE, 1998; Barendregt, 1996).

4.1.2.2. Gran Bretaña (Crew 2000)

Creada en 1992 en Escocia, Crew 2000 es una asociación de *ravers* (organizadores y participantes en fiestas no comerciales de música electrónica) reunidos para informar a los participantes en fiestas tecno acerca de los riesgos que entrañan las drogas. Los voluntarios de la asociación partieron de una triple observación de su entorno:

- Los usuarios de drogas son jóvenes y carecen de información relativa a los nuevos productos.
- Las organizaciones nacionales tardan en elaborar estrategias eficaces.
- La información se percibe mejor cuando proviene de otros consumidores, amigos, en comparación con la información institucional, comprendida la que aporta la escuela.

Desde 1994 Crew 2000 instala un puesto en las fiestas “Rezerection”, que tienen lugar seis veces por año en Escocia y atrae de 5.000 a 12.000 jóvenes de toda Gran Bretaña. En el puesto de información se pueden encontrar folletos sobre las drogas, preservativos, bebidas dulces energéticas y consejos. En 1995, Crew 2000 logró que se creara un área de chill-out, sala de relajación alejada del ruido de la rave, que permite ofrecer a las personas un espacio de tranquilidad y charlas informativas.

Crew 2000 está presente en la mayoría de las raves de Escocia y sus actividades son reconocidas por las fuerzas policiales. También elabora folletos con información específica, por sustancia o tema (droga y conducción de vehículos, droga y sexo sin peligro, etc.). Cada folleto o tarjeta postal es concebida por los voluntarios de la Asociación y se acompaña de un texto e imágenes inspiradas en la cultura dance. Además, disponen de una “tienda de información sobre las drogas” en Edimburgo y de un servicio de información sobre las drogas en Internet: (www.electricfrog.co.uk/crew2000). Crew 2000 se dedica a un trabajo de formación de otros consumidores y tiende a colaborar estrechamente con los organismos escoceses responsables de la política de drogas (UNESCO / CE, 1998).

4.1.2.3. Francia (*Techno plus y Médecins du Monde*)

En Francia, la labor de Techno plus, asociación de *ravers*, se inspira ampliamente en las iniciativas extranjeras antes mencionadas, aunque no esté igualmente desarrollada. Su actuación parte de la premisa de que los consumidores de drogas sintéticas rara vez se consideran toxicómanos. El consumidor tiene la impresión de dominar la situación, de no ser dependiente y de no correr riesgos. En estas condiciones, los métodos encaminados a asustar, estigmatizar el uso y agitar el espectro de la marginación social tienen muy poca eficacia. Por tanto, Techno plus no condena el uso de drogas sino que apunta a minimizar sus efectos.

Desde 1997, Médecins du Monde analiza las pastillas de éxtasis en las fiestas techno de Francia en los puestos de Tecno Plus. Además de detectar las pastillas especialmente peligrosas y limitar los riesgos, este procedimiento permite a la ONG sanitaria establecer muy rápida y fácilmente relaciones con los consumidores, prevenirlos e informarlos. En los puestos se distribuyen de manera gratuita información, bebidas dulces, preservativos y se vende guaraná (producto considerado energético) a las personas fatigadas. Igualmente Techno plus ha elaborado distintos materiales de información destinados a los usuarios de drogas, creados en colaboración con otras asociaciones como Aides, asociación de lucha contra el SIDA. A pesar de la represiva legislación francesa en materia de drogas, Techno Plus no deja de crecer y de convertirse en un referente obligado en la reducción de riesgos (UNESCO / CE, 1998).

4.1.2.4. España (*Energy Control*)

Es una plataforma de trabajo que nació en julio de 1997 en Barcelona, con la pretensión de disminuir los problemas asociados al consumo de drogas entre los jóvenes

del entorno de la fiesta (macro-discotecas de música *makina*, salas de música *techno*, *house* y *trance*, y *afters*). Está constituido por personas conocedoras del ambiente nocturno (disc-jokeys, estudiantes, profesionales y gente relacionada con la organización de las fiestas).

Energy Control se ha especializado en realizar programas de reducción de riesgos y daños. Esto es, ofrecer información y apoyo a las personas consumidoras de drogas de síntesis y cocaína para que abandonen el consumo o lo realicen de forma que se reduzca la posibilidad de tener problemas. Sus actuaciones en prevención de riesgos son amplias y variadas, entre las que, además del TPST y la organización de chill-outs y stands de información y asesoramiento personalizado, de funcionamiento similar al de otros grupos y diseñados en colaboración con los responsables del local (lugar, estilo y actividades), destacan además:

- Edición de materiales informativos sobre drogas, utilizando soportes y tonos comunicativos cercanos a su público: Postalfree con mensajes de prevención; proyecciones de material audiovisual (vídeos) que combinan el entretenimiento con la divulgación de mensajes positivos acerca de la mejor manera de disfrutar de la fiesta, evitando tener problemas relacionados con las drogas; CD-rom de aprendizaje interactivo (Control-Meter); y publicación de la web de la organización donde se puede encontrar todo tipo de información sobre reducción de riesgos ([www.abs-ong.org/energy control](http://www.abs-ong.org/energy%20control)).
- Formación externa a profesionales o colectivos interesados en el trabajo preventivo en reducción de riesgos en espacios de ocio juvenil.

Durante estos cinco años, Energy Control ha ido consolidándose en el ámbito organizativo y ha incrementado notablemente su participación. Actualmente tiene delegaciones abiertas en Barcelona, Mallorca, Valencia y Madrid y parte de sus actividades están financiadas por el Plan Nacional sobre Drogas, así como por otras instituciones como la Generalitat de Catalunya (Rovira, 2001).

4.1.3. Otras experiencias

Aunque es en Europa donde los programas de testado se han extendido con mayor rapidez, existen experiencias en otros tres continentes. Como sucede en Europa, suele tratarse de iniciativas autoorganizadas surgidas de la propia cultura del baile y la fiesta, como sucede con la más arraigada de ellas, la organización estadounidense Dance Safe (www.dancesafe.org), formada fundamentalmente por jóvenes voluntarios y con secciones locales en 26 ciudades de Estados Unidos y

Canadá, teniendo previsto abrir otras 12 que, si se cumplen los plazos previstos, deberían hallarse en funcionamiento cuando este trabajo vea la luz. En su página web disponen de un buscador de pastillas por marca y color, pensado para la identificación rápida. Admiten el envío de pastillas por correo y luego publican los resultados. También han desarrollado una campaña dirigida a los promotores de fiestas acerca del fomento de entornos festivos seguros. En Canadá también existe otro colectivo llamado Rave Safe, con base en Edmonton.

En la República Surafricana funciona otro proyecto llamado igualmente Rave Safe (www.ravesafe.org), grupo nacido en 1993 en Johannesburgo y Ciudad del Cabo, que tras haber abierto su página en Internet en 1994, tiene en marcha desde 1997 un grupo de intervención sobre el terreno. Rave Safe mantiene un convenio de colaboración con el gobierno, habiéndose incorporado a la Política Nacional sobre Drogas en enero de 1998, momento desde el que ha aportado seis informes acerca de su trabajo al Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica. También hay otro grupo que mantiene un sitio web con información sobre análisis de pastillas, llamado NetRaver (www.netraver.org).

En Australia tenemos noticia de la existencia de The Peak (www.the-peak.com), con experiencias en el campo del testado, y de características casi iguales a las de sus homólogos europeos y norteamericanos. El panorama se completa con una larga lista de páginas web, entre las que destaca www.ecstasy.org, una de las pioneras en ofrecer datos de testados. Es de destacar que incluye también información sobre *smart drugs*, es decir, sucedáneos legales de sustancias prohibidas, que se presentan como una “alternativa segura”. En relación con este asunto, es de destacar que las alarmas levantadas por los grupos de usuarios cuando aparecen nuevas sustancias peligrosas no se limitan a sustancias ilegales: la 4-Metiltioanfetamina (4-MTA), una sustancia legal, fue retirada del mercado por los smart shops holandeses cuando los programas de testado alertaron acerca de su toxicidad.

4.2. ANTECEDENTES EN LA CAPV Y NAVARRA

La Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra han sido escenario de varias intervenciones en reducción de daños en entornos festivos, que han tenido el testado de sustancias como su eje central. Tras el nacimiento en Catalunya de Energy Control, en 1997, Euskadi y Navarra se convirtieron pronto en las primeras comunidades en las que comenzaron a realizarse actividades de testado. Aunque, en principio, el presente estudio se circunscribe a la CAPV, vamos a incluir

en la relación de experiencias a Navarra debido a la estrecha relación que ha existido entre los proyectos desarrollados en ambos lugares. De hecho, aunque nacieron por separado, los colectivos de los que surgió la iniciativa de poner en marcha este tipo de servicio, ambos provenientes de colectivos de usuarios de drogas ilícitas, han terminado por confluir, de forma que, aunque las intervenciones de testado e información sobre el terreno se han venido desarrollando bajo el paraguas de muy diversos programas, ha habido una continuidad en las mismas, tanto en el planteamiento como en las personas que las han llevado a cabo.

a) *Ai laket*

La primera iniciativa surgida en torno a la preocupación, bastante extendida entre los usuarios de drogas ilícitas, acerca de la adulteración de dichas sustancias, vio la luz en Navarra. Allí nació, a finales de 1998, el colectivo *Ai laket!!*, un grupo de usuarios muy involucrados en el mundo de la noche y la música electrónica. A medio camino entre una distribuidora y un grupo de autoapoyo entre usuarios, *Ai Laket!!* comenzó la distribución de los testadores colorimétricos EZ-test, los primeros disponibles en el mercado y que aún no se comercializaban en el mercado español.

El grupo recorrió distintos lugares del estado dando a conocer este producto en tiendas de venta de productos para el cultivo de cannabis (*grow shops*), grupos anti-prohibicionistas, asociaciones de usuarios y de reducción de riesgos, discotecas, etc. También editó material divulgativo, en euskara y castellano, sobre el uso de los testadores y otros consejos sobre consumo más seguro. Desde 1999 ha venido realizando intervenciones in situ, normalmente en colaboración con otros grupos.

En noviembre del 2000, *Ai Laket!!* organizó una fiesta en el gaztetxe de Iruñea, con chill-out, servicio de testado y distribución de material informativo, a la que acudieron cientos de jóvenes⁵. También realizó una intervención de testado en las fiestas de Tudela. Al año siguiente, *Ai Laket!!* instaló, con financiación del Plan Foral de Drogas del Gobierno de Navarra, una sala de testado de sustancias, ubicada en los locales de la Comisión Ciudadana Anti-sida de Navarra, que cedió el local y proporcionó material preventivo relacionado con el sexo seguro. Se realizaron alrededor de 60 análisis durante los días 3, 4 y 5 de julio, previos al inicio de los Sanfermines, y se recogieron muestras que luego fueron analizadas por la Agencia Española del Medicamento por encargo del Plan Foral de Drogas.

⁵ “Drogas y responsabilidad se unieron en una noche festiva”, (2000). *Gara*, 20-11-2000.

El mismo año 2001 tuvo lugar la fiesta Atea Zabalik, en el pabellón Anaitasuna, a la que acudieron varios miles de personas. El evento, de más de doce horas de duración, fue organizado por diversos grupos relacionados, fundamentalmente, con el fenómeno del uso de drogas, como el propio Ai Laket!!, la Comisión Anti-sida, Bizitzeko, Kalamudia, Askagintza, etc. Hubo charlas y talleres sobre diversos temas, proyecciones, stands informativos y de venta de materiales para el consumo más seguro y plantas psicoactivas legales, concierto, DJ's, zona de descanso o chill-out, y un servicio de testado, atendido conjuntamente por Ai Laket!! y Kalamudia, por el que pasaron cientos de personas y que realizó 73 testados de todo tipo de sustancias, que incluían hachís, marihuana, *speed*, cocaína, *éxtasis* y ketamina. Para la ocasión se editó expresamente una guía de 24 páginas sobre propiedades de las sustancias, riesgos, consejos para mejorar las condiciones y el entorno de consumo, etc., de la que se distribuyeron gratuitamente 2.000 ejemplares los días anteriores y durante la fiesta. Una semana después, Ai Laket!! llevó a cabo en Barañain otra intervención, en el marco de las actividades preventivas organizadas por la asociación Hegoak.

b) *Kalamudia*

En 1999, al poco de nacer Ai laket!! en Navarra, tenía lugar la primera experiencia de testado de sustancias para usuarios en la CAPV. La llevó a cabo Kalamudia, asociación de usuarios de cannabis que, ante la preocupación de sus socios y socias por el desconocimiento de la composición real de las sustancias consumidas, decidió poner en marcha un servicio de testado de sustancias durante las fiestas patronales de Bilbao, momento de gran consumo de sustancias ilícitas. Para ello se utilizaron los testadores comerciales disponibles, que también se hallaban a la venta en el mismo lugar. Se pretendía ubicar el servicio en la zona de txosnas, en pleno recinto festivo, pero la oposición del Ayuntamiento de Bilbao condujo a un acuerdo por el que la asociación instalaría la sala de testado en sus locales, ubicados fuera del recinto (Mota, 1999).

Como consecuencia de la ubicación, solo 63 usuarios acudieron al local durante los siete días que permaneció abierto, a pesar de la repercusión que la iniciativa tuvo en los medios de comunicación⁶ y de los carteles colocados por todo el Casco Viejo

⁶ "Instituzioei legez aurkako drogen kalitatea kontrolatzea eskatu die Kalamudia taldeak", (1999). *Egun-karia*: 16-08-1999.

"Análisis legales para el consumo de drogas ilegales", (1999). *El País*: 22-08-1999.

"Drogas muy adulteradas en Aste Nagusia", (1999). *Deia*: 26-08-1999.

"Análisis de drogas vendidas en Bilbao revelan alta adulteración", (1999). *El País*: 26-08-1999.

y alrededores. Se realizaron 35 testados, de ellos 20 de cannabis, 10 de cocaína, 4 de *speed* y uno de *éxtasis*.

Al año siguiente se repetiría la experiencia en las fiestas de la Virgen Blanca de Vitoria/Gasteiz y, de nuevo, en Bilbao (Kalamudia, 2000). En esta ocasión, el servicio se instaló en una carpa ubicada en los respectivos recintos festivos y se anunció a través de los medios de comunicación, a lo que contribuyó la polémica con el Ayuntamiento de Vitoria/Gasteiz, cuyo teniente de alcalde amenazó con enviar a la policía para impedir el servicio, que consideraba promocionaba el uso de drogas ilícitas. Kalamudia remitió escrito al Ayuntamiento en el que explicaba la naturaleza del servicio a prestar y los objetivos del mismo y, finalmente, se pudo llevar a cabo sin impedimentos.

Al test colorimétrico se le unió, en un esfuerzo por mejorar los resultados de ocasiones anteriores, un medidor de punto de fusión. Este aparato consiste en un cilindro metálico macizo con termómetro incorporado sobre cuya superficie se coloca la sustancia a testar y que se calienta en un hornillo para observar la temperatura de fusión de las distintas partes del producto y cotejarlo con una lista de temperaturas de fusión de diversas sustancias psicoactivas y adulterantes comunes. Como sustancia de control se utiliza manitol en polvo. El test sirve tanto para las drogas que se venden en polvo, como cocaína y metanfetamina (*speed*), como para las pastillas, en aquellos casos en que es factible reducir una parte a polvo fino.

A pesar de la menor duración del servicio, acudieron muchos más usuarios, gracias a la facilidad de acceso. En Vitoria/Gasteiz se realizaron 110 testados y en Bilbao 86, que abarcaron todo tipo de sustancias. Los usuarios se acercaron con hachís, marihuana, cocaína, *speed*, *éxtasis*, LSD, ketamina, hongos psilocípicos y, único caso hasta el momento, heroína, que no se pudo testar por falta de medios. Durante el desarrollo del servicio se recogieron muestras de diversas sustancias para ser remitidas a la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

c) *Millenium*

Sin embargo, entre las dos experiencias de Kalamudia surgió un nuevo factor: la demanda de este tipo de servicios por parte de las instituciones públicas y su inclusión dentro de iniciativas preventivas más amplias (Barriuso, 1999). Sería el Ayuntamiento de Basauri el primero en hacerlo, con ocasión de la Nochevieja del 99, con la principal zona de bares de la localidad como marco.

La actividad, incluida dentro del programa Millenium, coordinado por Hazkunde (OVD, 2000), consistía en la instalación de una carpa con música a cargo de un DJ y tres stands: Uno con información dirigida a usuarios/as, atendido por personal de Hazkunde, otro con asesoramiento dietético, a cargo del colectivo Elikera, y una zona de testado, a cargo de miembros de Kalamudia y Ai laket!!. Los días anteriores se distribuyó por locales de hostelería y tiendas de ropa especializada la agenda Millenium, con información sobre sustancias y consejos de reducción de riesgos. Después vendrían Gernika y Bermeo⁷, cuyos Ayuntamientos incluirían la actividad en el marco de sus fiestas patronales del 2000.

d) *Consume menos riesgos / Arrisku gutxiago kontsumitu*

El programa “Consume menos riesgos / Arrisku gutxiago kontsumitu”, coordinado por Ekimen y dirigido a alertar a los usuarios de los riesgos asociados con las diferentes drogas ilícitas, también incluyó en dos ocasiones un servicio puntual de testado de sustancias, realizado por miembros de Ai laket!!. La primera tuvo lugar en Elgoibar en el año 2000 y se ubicó una carpa a tal efecto en la zona de bares de la localidad. En la segunda ocasión sería Basauri el lugar elegido, en este caso con motivo de sus fiestas patronales, en octubre de 2001. Debido a que el emplazamiento elegido por el Ayuntamiento se hallaba alejado de la zona festiva, la afluencia fue mínima, lo que demuestra, una vez más, la importancia de ubicar el dispositivo lo más cerca posible del entorno donde se produce el consumo.

e) *Sintetik*

Finalmente, durante el año 2001 se desarrolló el primer programa estructurado de intervención, financiado por la Secretaría de Drogodependencias y coordinado por Hazkunde. El mismo consistía, por un lado, en una campaña de sensibilización en bares, en base a la distribución de un kit informativo conteniendo la agenda Millennium, un tríptico con información dietética y un preservativo, y, por otro lado, en una serie de intervenciones en discotecas, mediante la instalación de un chill-out, dirigidas a la reducción de riesgos y centradas en el testado de sustancias (Vicioso y Canales, 2001). Tras una selección previa de los locales, se seleccionaron 6 discotecas en las que se instalaría un stand decorado y animado por un DJ, en el interior de la discoteca, con servicio de testado, información preventiva y sobre reducción de riesgos,

⁷ “Memoria. Programa de prevención de consumo de speed, cocaína y éxtasis dirigido a jóvenes mayores de 16 años” (2001). *Bermeo*: Hazkunde.

tanto sobre drogas como sobre sexo seguro. El evento se anunciaba previamente por diversos procedimientos, incluidos medios de comunicación, y se llevaba a cabo en colaboración con los propietarios de los locales. También se distribuía en el local el kit informativo arriba citado. Se realizaron un total de 115 análisis, la mayoría de estimulantes, con un máximo de 29 en una noche y un mínimo de 8. Cabe destacar que se solicitó testar ketamina en 5 ocasiones, algo impensable hace dos o tres años.



Capítulo 5

Capítulo 5

Capítulo 5

Conclusiones

El consumo de drogas ilegales es un fenómeno plenamente arraigado en amplias capas de la población vasca, en especial entre los más jóvenes. Más de la cuarta parte de la población de la CAPV ha consumido en alguna ocasión sustancias psicoactivas ilegales, porcentaje que se eleva hasta casi el 60% entre los menores de 30 años. Tras años de aumento constante en los niveles de consumo de la mayoría de sustancias, todo indica que nos hallamos ante un fenómeno duradero y ante el que las estrategias preventivas clásicas, orientadas a la abstinencia, parecen haber fracasado, al menos en sus principales objetivos.

El consumo de cannabis, en especial, ha entrado en una fase de progresiva normalización social, habiendo sido probado por más de la mitad de los y las jóvenes, mientras que casi un tercio se declara usuario/a habitual. La mayoría de este consumo corresponde a hachís, en su mayoría proveniente de Marruecos. La segunda sustancia ilícita más consumida es la anfetamina o *speed*, un hecho bastante peculiar en comparación con la mayoría de regiones europeas. A continuación le siguen la cocaína y las llamadas drogas de síntesis, fundamentalmente MDMA o *éxtasis* en forma de pastillas. También hay niveles notables de consumo de alucinógenos, sobre todo LSD, mientras que aparecen nuevas sustancias, en especial la ketamina. La heroína, por el contrario, ha reducido su consumo y se halla prácticamente ausente de los ambientes recreativos.

El perfil de las personas usuarias de drogas ilícitas no coincide, en la gran mayoría de los casos, con el estereotipo mediático-social dominante del marginado-delincente-enfermo. Se suele tratar de personas normales, sin nada que las diferencie del resto de los miembros de su grupo de edad o entorno social. La gran mayoría no se considera a sí misma drogadicta (y, de hecho, es raro que lo sean) y es muy raro que acudan a los dispositivos asistenciales tradicionales, careciendo de contacto con el sistema sanitario en lo que tenga que ver con el consumo. El propio consumo, dado que aún es objeto de estigma social y persecución legal, se oculta hacia el exterior del grupo de pares pero se suele considerar normal –sobre todo, como decíamos, en el caso del cannabis– de puertas adentro del mismo.

El policonsumo es una práctica común. La mezcla más habitual es la de alcohol y hachís. A bastante distancia le sigue la mezcla que incluye anfetaminas junto con alcohol y/o hachís. A mayor consumo de alcohol suele corresponder un mayor consumo de drogas ilegales, sobre todo cannabis. El número de sustancias que se han probado y que, en ocasiones, pueden formar parte del cóctel psicoactivo, aumenta entre quienes han usado alguna droga ilícita distinta del cannabis.

Se da una fuerte asimetría entre hombres y mujeres en cuanto a prevalencia, frecuencia y dosis de consumo de drogas ilícitas, que suelen ser mayores entre los hombres que entre las mujeres. Por el contrario, el nivel de consumo de psicofármacos es sensiblemente mayor entre las mujeres.

Se dispone de pocos datos cualitativos acerca de los lugares de consumo, circunstancias que rodean el primer consumo, etc. Sin embargo, sabemos que apenas existe separación de ambientes, es decir, que todas las drogas ilícitas se hallan presentes, si bien en proporciones variables, en los diversos ambientes relacionados con la fiesta y la diversión en tiempo de ocio, es decir, bares y pubs, discotecas, conciertos, fiestas populares y celebraciones de todo tipo. También se dan importantes niveles de consumo en plazas, calles y lugares públicos. En el caso del hachís, la sustancia más consumida y, a la vez, más estudiada, el primer consumo adquiere tintes de excepcionalidad y suele producirse, con frecuencia, durante fiestas patronales y periodos vacacionales, estando muy vinculado con factores grupales, es decir, como forma de integración o de rito iniciático.

Es de destacar que el grupo de amigos, la tradicional cuadrilla, desempeña un papel muy importante para la transmisión de información sobre las sustancias, la percepción de riesgos, la motivación a la hora de iniciarse o no en el consumo y otra serie de cuestiones de gran importancia a la hora de afrontar la tarea preventiva. Al estudiar el conocimiento que tienen las personas del entorno de los usuarios acerca de qué y cuánto consumen estos, los amigos son, con gran diferencia, los más informados, siendo muchas veces ellos mismos quienes proporcionan la sustancia, sobre todo a los consumidores noveles.

En cuanto a la percepción de riesgo, las personas usuarias de cannabis tienden a ver más ventajas que riesgos en su consumo, al contrario de lo que sucede entre quienes utilizan otras sustancias ilegales, los cuales consideran que el componente de riesgo es mayor que los posibles beneficios, a pesar de lo cual continúan consumiendo. De hecho, parece que una parte, al parecer bastante minoritaria, de quienes usan estas drogas consideran el riesgo más como un factor de atracción que de rechazo, si

bien la gran mayoría dice que adoptaría más medidas de precaución si ello estuviera en su mano. En este sentido, la falta de información acerca de las verdaderas propiedades de las sustancias y el desconocimiento sobre la composición real y dosis contenida en el producto que van a consumir, parecen ser las principales carencias para la mayoría de las personas usuarias.

Carecemos de una evaluación exhaustiva y fiable acerca del conjunto de riesgos a los que se halla expuesta una persona que decida consumir una sustancia ilícita, cuestión que requeriría un estudio más en profundidad. Aún así, se puede decir que los principales riesgos ante los que se deberían adoptar medidas preventivas son:

- Los derivados de las condiciones de habitabilidad de los locales y lugares de ocio, así como los desplazamientos, generalmente en vehículo privado, a que suele obligar el emplazamiento de muchas infraestructuras de ocio, problema que se agrava por el consumo de drogas, en especial alcohol.
- La mayor probabilidad de relaciones sexuales de riesgo.
- La persecución legal que sufren las personas consumidoras, fundamentalmente mediante la aplicación de la Ley de Seguridad Ciudadana.
- La adulteración de las sustancias, que a veces incluye, si bien no es lo más frecuente, sustancias peligrosas para la salud e, incluso, la vida de la personas.
- La falta de conocimiento sobre la dosis exacta consumida, así como el desconocimiento de ciertas propiedades dañinas de la sustancia elegida, en especial las relacionadas con reacciones agudas, adicción o daños sanitarios a largo plazo.
- Las mezclas peligrosas debidas al policonsumo.
- La falta de atención y la ignorancia acerca de los cuidados físicos anteriores y posteriores al consumo, que podrían evitar muchos efectos secundarios indeseables.
- La existencia de diferentes motivaciones y patrones de consumo en función del género, cuestión hasta ahora ignorada en el diseño de políticas preventivas.
- Los efectos secundarios indeseables debidos a las propiedades farmacológicas de las diferentes sustancias y a la vía elegida para su consumo.

Hasta el presente, estos riesgos han sido abordados de manera desigual y, en general, insuficiente, por las políticas de prevención, más empeñadas en la disuasión que en la promoción de mecanismos de autorregulación individual y grupal. Sin embargo, hace años que las políticas de reducción de riesgos y daños, día a día más extendidas

y afianzadas, están comenzando a tomar en cuenta estas cuestiones y poniendo el acento en un nuevo enfoque, del que se podrían destacar los siguientes puntos:

- La aceptación de que se pueden reducir gran parte de los riesgos y daños sin abandonar el consumo.
- La promoción de la competencia y responsabilidad de los propios consumidores de drogas.
- La adaptación de los programas a las necesidades de los usuarios.
- La promoción de modelos de búsqueda y acercamiento.
- La oferta de información y la promoción de la educación sanitaria dirigida a un consumo de menos riesgo.

Esta nueva visión de la prevención de riesgos y daños está introduciéndose progresivamente en las diversas normas que regulan las políticas sobre drogas, si bien la realidad continúa yendo por delante de lo dispuesto en los textos legales. Sin embargo, este enfoque puede encajar perfectamente en todos los marcos normativos de aplicación en el caso de la CAPV, bien sea el Plan de Acción y la Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga, la Estrategia Nacional sobre Drogas o el vigente Plan Trienal de Drogodependencias de la propia CAPV. En consecuencia, las intervenciones derivadas de la aplicación de esta forma de entender la prevención, lejos de contradecir las políticas que se aplican en la actualidad, las amplían y profundizan, permitiendo que lleguen a sectores de la población actualmente desatendidos.

Como resultado del planteamiento teórico arriba expuesto, día a día van surgiendo nuevas iniciativas, con frecuencia desde las propias personas usuarias o desde quienes participan activamente en los ambientes recreativos, tendentes a favorecer el consumo responsable y la autogestión de los riesgos por parte de los afectados. Entre estas cabe destacar, por su creciente extensión y arraigo, los programas de testado de sustancias, en especial de pastillas de éxtasis.

Aunque carentes aún de una evaluación exhaustiva, existe un amplio conocimiento sobre los resultados de este tipo de experiencias, de las que existen ejemplos en marcha en la mayoría de países de la UE. Por tanto, se pueden extraer una serie de conclusiones del desarrollo de estos programas, que, de forma resumida, serían las siguientes:

- El testado de sustancias permite entrar en contacto con poblaciones difíciles de contactar y atraer su interés hacia los mensajes preventivos y de reducción de daños.

- Estas intervenciones deben ir estrechamente unidas a la provisión de información con mensajes preventivos y de “uso seguro”, a través de una amplia gama de soportes informativos.
- Es esencial la cooperación con las autoridades locales, especialmente con la policía.
- Es importante invertir en herramientas de análisis de alta calidad (para detección cuantitativa y cualitativa) que puedan ser transportadas hasta los lugares de intervención, dada su utilidad para la detección temprana de sustancias especialmente peligrosas.
- Los proyectos de testado de pastillas pueden ser una importante fuente de información sobre nuevas sustancias y tendencias de consumo, bastante más que otras organizaciones dentro del sistema de prevención. Además, tienen una penetración en la mayoría de las sustancias que están siendo consumidas actualmente y saben por quién, dónde, cómo y porqué están siendo consumidas estas sustancias.
- No hay evidencia alguna de que tales intervenciones promuevan en modo alguno el uso de drogas o puedan ser aprovechadas por los traficantes con fines comerciales.
- Existe la necesidad de mayor investigación y estudios de evaluación acerca del alcance total de los efectos de las intervenciones de testado de sustancias in situ.

Como decíamos, existen numerosas experiencias en diversos países, sobre todo en el seno de la UE. Casi todos ellos cuentan con financiación pública, aunque no suelen hallarse realmente incardinados dentro de las estrategias y políticas globales sobre drogas, con la excepción de Holanda. Su situación legal es un tanto incierta, debido a la ilicitud de la tenencia de drogas en todos los países, y para llevarlos adelante se recurre a regulaciones regionales, opiniones jurídicas ad hoc y acuerdos especiales.

Generalmente, los programas de testado de pastillas se desarrollan sobre el terreno, siendo responsabilidad de ONGs, generalmente formadas por o incluyendo a personas usuarias, hecho que añade credibilidad a la intervención y reduce el recelo de los potenciales usuarios. Sin embargo, estas actuaciones suelen implicar a diversas entidades, en especial de carácter científico y sanitario, dado que la existencia de un laboratorio químico de referencia, bien sea in situ o en otro lugar, constituye uno de los elementos fundamentales de la intervención, pues, de otro

modo, los procedimientos empleados, como los tests colorimétricos, no ofrecerían suficientes garantías de seguridad.

En la CAPV, así como en la vecina Navarra, se han llevado a cabo diversas experiencias de testado de sustancias sobre el terreno, al principio surgidas de asociaciones y colectivos de usuarios y luego progresivamente integradas dentro de programas preventivos más amplios. Sin embargo, a diferencia del resto de la UE, estas experiencias no se han limitado al testado de pastillas, sino que han abarcado la práctica totalidad de sustancias ilícitas disponibles en el mercado. Su acogida ha sido buena, tanto por parte de las personas destinatarias, como de los medios de comunicación y, posteriormente, de las instituciones públicas.

Por tanto, debemos concluir que las intervenciones de testado de sustancias e información personalizada in situ constituyen, hoy por hoy, una herramienta privilegiada cuya extensión podría suponer, a medio y largo plazo, una sensible disminución de ciertos factores de riesgo asociados con el consumo y una progresiva modificación de los patrones de consumo actualmente existentes. Sin embargo, existe una serie de cuestiones que creemos que deben ser tenidas muy en cuenta a la hora de llevar a la práctica este tipo de proyectos en nuestra comunidad:

- La realidad del consumo de drogas ilegales en la CAPV, con un nivel relativamente bajo de consumo de éxtasis en comparación con otras drogas, supone que una intervención que se limitara al testado de pastillas dejaría de lado las necesidades de la gran mayoría de las personas usuarias de drogas ilícitas.
- Este hecho supone también que la mayoría de sustancias a analizar habrán sido adquiridas a granel, lo que dificulta su identificación e impide casi el uso de bases de datos recogidos con anterioridad. Por ello, resulta fundamental contar con procedimientos analíticos fiables y, sobre todo, rápidos, debido a la existencia en el mercado de drogas de la CAPV, como se ha visto en los testados realizados en el año 2000, de sustancias especialmente peligrosas que podrían llegar a tener consecuencias fatales.
- Resulta fundamental la cooperación de los cuerpos policiales, en orden a su no intervención en los lugares donde se desarrollen estos programas, dado que la presencia de agentes es un factor disuasorio para las personas potencialmente usuarias. También resulta imprescindible regular la situación del personal que intervenga en estos programas, dado que se verán obligadas a manipular y transportar sustancias cuya tenencia es ilícita según la legislación vigente.

- El testado de sustancias es una intervención preventiva per se, pero también un importante reclamo a la hora de atraer a personas que buscan información difícil de lograr por otras vías. Por tanto, se debe garantizar la disponibilidad de materiales informativos objetivos y creíbles, de manera que se proporcione a quien lo solicite la mayor cantidad posible de datos que favorezcan la gestión de los riesgos y la adecuada respuesta en situaciones de emergencia.
- Las intervenciones de prevención de riesgos en ámbitos lúdicos deben desarrollarse de manera equilibrada entre los diversos ambientes recreativos en los que se dan consumos de drogas ilícitas en la CAPV (bares, pubs, discotecas, fiestas patronales, festivales, conciertos, etc), pues de lo contrario se corre el riesgo de dejar al margen de los mismos a una buena parte de sus potenciales destinatarios.



Capítulo 6

Capítulo 6

Capítulo 6

Bibliografía

1. AIZPURUA, J.M. (2001). *Análisis químico de muestras de sustancias estupefacientes recogidas en áreas festivas de Bilbao y Vitoria en agosto-2000*. Donostia: Universidad del País Vasco. Facultad de química.
2. ARANA, X. (2002). Drogas: Prevención del uso indebido y usos (¿indebidos?) de la prevención. En: VEGA, A. (coord.), *Drogas: Qué política para qué prevención*. Donostia: Gakoa.
3. ASUD (1997). "Reduction de risques: le sniff", *Asud Journal*: 12: 3-4.
4. BARENDREGT, C. (2000). La prevención desde la perspectiva de los programas de reducción de riesgos. En: *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogo-dependencias*. Barcelona: Grup Igia.
5. BARRIUSO, M. (1999). "Basauri: otra forma de entender la prevención", *Cáñamo* 26: 10-11.
6. BARRIUSO, M. (2001a). La visión del movimiento asociativo cannábico. En: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
7. BARRIUSO, M. (2001b). "Diversión a destajo: baile, consumo y drogas", *Cáñamo* 42: 62-64.
8. BECOÑA, E.; (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
9. BELLIS, M. A., HALE, G., BENNETT, A., CHAUDRY, M., KILFOYLE, M. (2000). *Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international night-life resort*. *The International Journal of Drug Policy*, 11 (2000): 235-244.
10. BENNETT, A. (1998). *Thrills, Pills and Bellyaches*, en Kilfoyle, M. y Bellis, M.A. (eds.) *Club Health: the health of the clubbing nation*. Liverpool John Moores University: Liverpool.

11. BENNETT, A.M. y O'HARE, P.A. (1995). "A public health strategy to reduce drug related harm in the Mersey region", en *Aprender y cambiar. Balance y perspectivas de futuro de la intervención sobre drogas en Europa*. Barcelona, noviembre de 1995. Libro de ponencias. Madrid: Itaca.
12. BODDY, D. (ed.) (1999). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping a new public health in Europe*. European Commission / International Union for Health promotion.
13. BURKHART, G. (1999). "New Study on Synthetic drugs" en *DrugNet Europe* 20:2.
14. BURKHART, G. (2000). "Tools for evaluating drug prevention", en *Evaluation: a Key tool for improving drug prevention*, Luxemburgo: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction.
15. BURKHART, G. (2001). *On-site pill-testing interventions in the European Union. Executive summary. July 2001*. Lisboa: EMCDDA.
16. BURKHART, G. (2002). Políticas europeas: posibilidades y límites. En: *Drogas: Qué política para qué prevención*. Donostia: Gakoa.
17. CALAFAT, A. (2001). "Replantear la prevención del uso recreativo de drogas". En *IV Jornadas Municipales sobre drogodependencias*. Bilbao: Ayuntamiento de Bilbao.
18. CALAFAT, A.; BOHRN, K.; JUAN, M; KOKKEVI, A; MAALSTÉ, N., ET AL. (1999). *Night life in Europe and recreative drug use*. Sonar 98. Palma de Mallorca: IREFREA.
19. CALAFAT, A., FERNÁNDEZ, C., BECOÑA IGLESIAS, E., GIL, E., JUAN, M. (2000a). "Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa" en *Adicciones* 12 (2) monográfico sobre cannabis: 197-230.
20. CALAFAT, A., FERNÁNDEZ, C., JUAN, M., BELLIS, M. A., BOHRN, K., HAKKARAINEN, P., ET AL. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture*. Sonar Project. Palma de Mallorca: IREFREA.
21. CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E., FERNÁNDEZ, C., GIL, E. ET AL. (2000b). *Salir de marcha y consumo de drogas*, Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
22. CALAFAT, A., STOCCO, P., MENDES, F., SIMON, J., VAN DE WIJNGAART, G., SUREDA, P. ET AL., (1998). *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe.*, Palma de Mallorca: IREFREA and European Commission.
23. CAPDEVILA, M. (1995). *MDMA o el éxtasis químico*, Barcelona: Los libros de la liebre de marzo.

24. CENTRO DE DOCUMENTACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS (2000). "Millenium: Información en la zona caliente". *Boletín del Centro de Documentación de Drogodependencias* 68: 10.
25. CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1997). *Expectativas y preocupaciones sociales de los jóvenes. Estudio 2.221*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
26. CLARKE, R.C. (1981). *Marijuana botany*, Berkeley: Ronin publishing.
27. "Clubbers welcome Green Party ecstasy tests", (1998). *Mixmag* 81, febrero 1998: 21.
28. COLOM, J. (1997). Los programas de reducción de riesgos. *Adicciones* 9: 163-170.
29. COMISIÓN EUROPEA (1999). *Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre un plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2000 - 2004)*. Bruselas: Comisión Europea.
30. CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (1999). *Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004)*. Bruselas: Consejo de la Unión Europea.
31. COOMBER, R. (1997). The adulteration of illicit drugs with dangerous substances. -the discovery of a "myth". *Contemporary Drugs Problems* 24: 239-271.
32. COSTA, O., PÉREZ, J.M. y TROPEA, F. (1997). *Tribus urbanas*, Barcelona: Paidós.
33. DEL RÍO, M. (2001). Reducción de daños: situación actual y perspectivas de futuro. En: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
34. DÍAZ, A. (1998). *Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca*. Barcelona: Publicacions d'Antropologia Cultural. Universitat Autònoma de Barcelona.
35. "DXM por MDMA: ¡Cuidado con los triángulos verdes!" (2000) *Cáñamo*, 31, julio 2000: 14.
36. EISNER, B. (1995). *Éxtasis. Historia del MDMA*. Barcelona: Obelisco.
37. ELZO, J., ORIZO, F.A., GONZÁLEZ-ANLEO, J., GONZÁLEZ BLASCO, P., LAESPADA, T. y SALAZAR, L. (1999). *Jóvenes españoles 99*, Madrid: Fundación Santa María.
38. ELZO, J. y VIELVA, I. (Dir.) (1998). *Las drogas de síntesis en Bizkaia. Un estudio exploratorio de las pautas de consumo*. Vitoria/Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

39. ELZO, J., VIELVA, I., LAESPADA, T., SALAZAR, I. y COMAS, D. (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes. Ritos y fiestas*. Vitoria/Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
40. ENERGY CONTROL (2000). *Control-meter. Guía del educador*. Barcelona: Energy Control.
41. EUSTAT (2000). *Euskal urtekari estatistikoa / Anuario estadístico vasco*. Vitoria/Gasteiz: Eustat. Instituto Vasco de Estadística.
42. ERICKSON, P.G., WATSON, V. y WEBER, T. (1995). Percepciones de los usuarios de cocaína sobre su estado de salud y los riesgos del consumo de drogas. En: *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
43. FEIXA, C. (1998). *De jóvenes, bandas y tribus*. Barcelona: Ariel.
44. FERNÁNDEZ-CID, M. y MARTÍN, A. (1998). *Imágenes de los adolescentes sobre las drogodependencias*. Madrid: Coordinadora de ONGs que intervienen en drogodependencias.
45. FRAGA, G. (2001). "¿Qué pasa con los smart shops?". *Cañamo 41*: 12-13.
46. FROMBERG, E. (1995). Una estrategia educacional de reducción de los daños en relación con el éxtasis. En: *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
47. FUNDACIÓN BARTOLOMÉ DE CARRANZA (1998): *IV Encuesta sobre la Juventud de Navarra*. Pamplona: F.B.C.
48. GALLEGU, J. T. (1999) "Smart shops: Colocanes legales alternativos en Holanda". *Cañamo 16*: 18-20.
49. GAMELLA, J. y ÁLVAREZ, A. (1997). *Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
50. GAMELLA, J. y ÁLVAREZ, A. (1999). *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona: Ariel.
51. GAMELLA, J. (2001). Algunas tesis sobre ciclos de drogas y políticas de reducción de daños. En: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
52. GARCÍA, G. (2001). Los usuarios de drogas como agentes de salud. En: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup Igia.

53. GARCÍA CAMPOS, L. (1996). "Drogas de diseño: Nuevos consumidores, nuevos patrones de consumo, ¿nuevas formas de prevención?" *Proyecto hombre 17*: 8-12.
54. GRACENEA, J.J. y AIZPURUA, J.M. (1998). *Sintesi-drogak*. Vitoria/Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
55. GRIFFITHS, P. y VINGOE, L. (1997). *The use of amphetamines, ecstasy and LSD in the European Union: A review of data on consumption patterns and current epidemiological literature*. Lisboa: EMCDDA.
56. GRINSPOON, L. y BAKALAR, J.B. (1997). *Psychedelic drugs reconsidered*. Nueva York: The Lindesmith Center.
57. GRUND, J.P. (1993). *Drug use as a social ritual: Funcionalidad, simbolismo y determinants of self-regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verlavingsonderzoek.
58. GRUP IGIA y COLABORADORES (2001). Documento marco sobre reducción de daños. En: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
59. GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS (1997). "Prevención del uso problemático de drogas de síntesis a través de mediadores juveniles". *Boletín GID 14*: 9-10.
60. "Hachís en España: de la calle al laboratorio" (1998). *Cáñamo*, 7, junio 1998: 39-40.
61. HEATHER, N., WODAK, A., NADELMANN, E. y O'HARE, P. (1993). *Psychoactive drugs and harm reduction from faith to science*. Londres: Whurr publishers.
62. INSTITUTO DE LA MUJER (2000). *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Madrid: Instituto de la mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
63. "Interacción peligrosa entre el éxtasis y una medicación anti-sida" (2000). *Cáñamo*, 31, julio 2000: 14.
64. IVERSEN, L. (2001). *Marihuana. Conocimiento científico actual*. Barcelona: Ariel.
65. KALAMUDIA (1999). *Análisis de sustancias*. Bilbao: Kalamudia, asociación de estudio del cannabis.
66. Kalamudia (2000). *Memoria del servicio de testado de sustancias. Vitoria/Gasteiz y Bilbao, agosto de 2000*. Bilbao: Kalamudia, asociación de estudio del cannabis.
67. KILFOYLE M y BELLIS MA (eds.) (1998). *Club Health: The Health of the Clubbing Nation*. Liverpool John Moores University: Liverpool.

68. KRIENER, H. (coord.) (2001). *An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU*. Lisboa: EMCDDA.
69. LLES, L. (1998). *Dance Music*, Madrid: Celeste Ediciones.
70. LUKE, C. (1999). *A Little Nightclub Medicine: The healthcare implications of clubbing*. Proceedings of Club Health 2000, Amsterdam, 10-12 November 1999.
71. MALOFF, D., BECKER, H. S., FONAROFF, A. y RODIN, J. (1979). "Informal social controls and their influence on substance use", *Journal of Drug Issues* 9: 161-183.
72. MARAÑÓN, M. (2001). *Euskadi y drogas: 2000*. Vitoria/Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
73. MARKEZ, I., y PÓO, M. (1997). "Éxtasis: la actualidad de viejas drogas sintéticas". *Cañamo*, 4: 38-40.
74. MARKEZ, I. y PÓO, M. (Dir.) (2000). *Drogodependencias: reducción de daños y riesgos*. Vitoria/Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
75. MARTÍN, I. (1999). "Tratamiento como castigo. Innovaciones en psicoterapia desde el Ministerio del Interior". *Cañamo* 18: 10-11.
76. MCDERMOTT, P. (1995). Representaciones de los usuarios de drogas: Hechos, mitos y su papel en la estrategias de reducción de los daños. En: *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
77. MEGÍAS, E. (1999). "Las representaciones sociales sobre drogas en España". En: *VI encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario*. Cádiz: Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz: 481-499.
78. MINO, A. (2001). Los determinantes sociales de la salud y su aplicación en drogodependencias. En: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
79. MONCADA, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En: *Plan Nacional Sobre Drogas (Ed.): Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: PNSD: 85-101.
80. MORALES, L., MOREL, A. (1999) "Prácticas profesionales europeas en materia de reducción de riesgos". *Adicciones* 11: 261-267.
81. MOTA, J. (1999). "La Semana Grande de los análisis en Bilbao". En *Cañamo* 22: 8.

82. NEWCOMBE, R. (1994). *Safer Dancing: Guidelines for Good Practice at Dance Parties and Nightclubs*. Manchester: Lifeline.
83. NEWCOMBE, R. (1995). La reducción de los daños relacionados con la droga: Un marco conceptual para la teoría, la práctica y la investigación. En: *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
84. OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS (1999). *Informe "2" 1999*. Vitoria/Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
85. OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS (2000). *Informe "3" 2000*. Vitoria/Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
86. OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS (2001). *Informe "4" 2001*. Vitoria/Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
87. O'HARE, P. (1995). Apuntes sobre el concepto de reducción de daños. En: *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
88. PLAN FORAL DE DROGODEPENDENCIAS (2001). *El fenómeno de las "drogas de síntesis" en Navarra (1997-1999)*, Iruña / Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de salud.
89. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas. 2000-2008*. Madrid: Ministerio del Interior.
90. RAMOS, J.A. y FERNÁNDEZ, J. (2000). "Cannabinoides: propiedades químicas y aspectos metabólicos". *Adicciones 12, sup. 2 (Monografía cannabis)*: 41-58.
91. REDACCIÓN CÁÑAMO (2000). "Costo II. La saga continua". *Cáñamo*, 26: 26-29.
92. REDHEAD, S. (1997). *Subculture to clubcultures. An introduction to Popular Cultural Studies*. UK: Blackwell Publishers Ltd.
93. REDHEAD, S. (ed.) (1993). *Rave off. Politics and deviance in contemporary youth culture*. Avebury: Ashgate Publishing Limited.
94. RELEASE (1997). *Release Drugs and Dance Survey: An insight into the culture*. Release: Londres.
95. REYNOLDS, S. (1999). Androginia en el Reino Unido: Cultura rave, psicodelia y género. En: Puig, L. Y Talens, J. (Eds.) *Las culturas del rock*. Valencia: Pre-textos/ Fundación Bancaja.
96. ROLLO, S. y SAMORINI, G. (1999). "Ketamina. El factor K de la psiquedelia". *Uli-ses*, 2: 46-53.

97. ROMANÍ, O. (1999). *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
98. ROMO, N. (2001). *Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile*, Donostia: Gakoa.
99. ROVIRA, J. (2001). Respuesta preventiva desde el mundo del baile y las músicas electrónicas. En: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
100. SARDÁ, A., (2001) Análisis crítico de las demandas de tratamiento relacionadas con el uso de cannabis en el CAS de Creus. En: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
101. SHAPIRO, H. (1999). Dances with Drugs: Pop music, Drugs and Youth Culture. En: South, N., (Ed.). *Cultures, Controls & Everyday Life: 17-35*. Londres: Sage publications.
102. SHULGUIN, A. (1991). *Phikal, a chemical love story*. Berkeley: Transform Press.
103. SZASZ, T. (1990). *Droga y ritual. La persecución ritual de drogas, adictos e inductores*. México: Fondo de Cultura Económica.
104. TOSSMANN, H.P., BOLDT, S. y TENSIL, M.D. (1999). "Drug affinity amongst youths within the Techno party scene in European Metropolises" Final Report. Luxembourg: European Commission.
105. "Una estrategia contra el éxtasis en Holanda" (1996). *Zaguán, 1*: 6.
106. UNESCO / CE (1998) "Europa y las drogas sintéticas: cultura "rave" y prevención". *Peddro 1-2*: 8-11.
107. USÓ, J.C. (1996). *Drogas y cultura de masas*, Madrid: Taurus.
108. USÓ, J.C. (2001). *Spanish trip. La aventura psiquedélica en España*. Barcelona: Los libros de la liebre de marzo.
109. VANDENBERGHE, F. (2001). "Las implicaciones políticas de la música tecno y el MDMA". En *Cáñamo 42*: 38-49.
110. VEGA, A., AYERBE, P. (1999). "La educación sobre drogas en el País Vasco: ¿programas o prevención comunitaria?". *Goze 3*: 21-27.
111. VEGA, A. (2000). *El País Vasco ante las drogas*. Donostia: Gakoa.
112. VICIOSO, C. (2000). "Programa de prevención de consumo de drogas de síntesis dirigido a jóvenes mayores de 16 años". Bilbao: Hazkunde.

113. VICIOSO, C. y CANALES, G. (2001). "Evaluación. Programa Sintetik de reducción del daño dirigido a policonsumidores de drogas" Bilbao: Hazkunde.
114. WINSTOCK, A. y VINGOE, L. (1999). *Pill-testing: Harm reduction or just a bitter pill to swallow*. Proceedings of Club Health 2000, Amsterdam, 10-12 Noviembre 1999.
115. WINSTOCK, A.; WOLFF, K., y RAMSEY, J. (2001). "Ecstasy pill testing: harm minimization gone too far?". *Addiction* 96: 1139-1148.
116. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1981). *Global Strategy for Health For All by the Year 2000*. Ginebra: WHO.
117. ZINBERG, N.E. y HARDING, W.M. (1979). Control and intoxicant use: A theoretical and practical overview. *Journal of drug issues*, 9: 121-143.
118. ZINBERG, N. E. (1984). *Drug, set, and setting*. New Haven: Yale U.P.